

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 165

DU
Traitement des Abscess Ossifluents

PAR LA
PONCTION SIMPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST MURJAS

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 29 Mai 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENIER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 165

DU

Traitement des Abscesses Ossifluents

PAR LA

PONCTION SIMPLE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

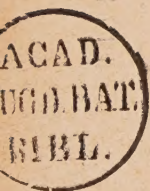
Et soutenue publiquement le 17 juillet 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ERNEST MURJAS

Né à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme), le 29 Mai 1878



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques...		X.
Clinique des Maladies mentales.....		FOCHIER.
Physique médicale.....		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.....		MONOYER.
Parasitologie.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....	AUGAGNEUR.	
Médecine expérimentale et comparée.....	MAYET.	
Médecine légale.....	TRIER.	
Hygiène.....	POLLOSSON (M.).	
Thérapeutique.....	ARLOING.	
Pharmacologie.....	LACASSAGNE.	
	COURMONT.	
	SOULIER.	
	CROLAS.	

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL,	agrégé
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale.....	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. TRIPIER, Président ; M. GANGOLPHE, Assesseur
MM. DEVIC et PAVIOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

On entend par abcès ossifluents des collections d'origine tuberculeuse, dues « à la propagation, aux parties molles avoisinantes, d'un foyer tuberculeux primitivement développé dans le tissu osseux » (Gangolphe) (1). Et, quoique ce soit dans le mal de Pott et dans la coxalgie tuberculeuse qu'on les rencontre le plus fréquemment, et qu'ils jouent le rôle le plus important, tant au point de vue symptomatologie, qu'au point de vue pronostic et traitement, toutes les autres lésions osseuses et ostéo-articulaires d'origine tuberculeuse sont capables de leur donner naissance. En effet, ici, nous ne voulons point faire de différence entre les abcès ossifluents proprement dits, et les abcès dits arthrifluents, étant donné qu'en pratique, il est souvent difficile de déterminer à laquelle de ces deux catégories appartient la collection que l'on a devant soi; dans certains cas, d'autre part, c'est à la fois l'os et l'articulation qui

(1). GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

donnent naissance à l'abcès. Enfin, quel que soit cet abcès, le traitement nous semble devoir être le même.

Ces abcès ossifluents représentent simplement un diverticule plus ou moins éloigné de la lésion osseuse primitive ; ils naissent de la dégénérescence des follicules tuberculeux qui ont envahi les tissus avoisinant l'os ; ce sont des « tuberculomes » (Lannelongue)(1). A leur partie périphérique, une sorte de membrane adventice, farcie de tubercules à différents degrés de développement, les enveloppe. C'est une véritable membrane tuberculogène, car sa face externe prolifère, et cette prolifération se traduit par l'envahissement des tissus voisins. En même temps, les tubercules de la face interne se ramollissent et dégénèrent ; et, après avoir formé au début, par cette dégénérescence, la collection, ils continuent ainsi ensuite à l'augmenter. C'est cette membrane, c'est cet envahissement des tissus voisins par contiguité, qui joue le rôle important dans la progression des abcès ossifluents ; les autres conditions admises pour cette progression étant beaucoup moins importantes, tel le rôle de la pesanteur, tel le rôle attribué aux gaines musculaires et aux gaines vasculo-nerveuses.

Le contenu de ces abcès est variable suivant la période où on les examine. Au début, et à la période

(1). LANNELONGUE. — Traité des abcès froids et de la tuberculose osseuse, 1881.

Coxo-tuberculose, 1884.

Tuberculose vertébrale, 1888.

d'état, ils contiennent un liquide blanc jaunâtre, quelquefois verdâtre, plus ou moins épais, tenant en suspension des grumeaux caséeux, parfois même des débris osseux, véritables séquestres en voie d'élimination. Au contraire, s'ils tendent vers la guérison, que ce soit spontanément, par manque de vitalité de la membrane tuberculogène, ou sous l'action du traitement, le pus devient plus liquide, filant, séreux; les éléments figurés disparaissent. Parfois même, le liquide peut se résorber dans la suite, la guérison spontanée pouvant se produire, et il ne reste plus alors qu'un noyau fibreux, ou qu'une petite quantité de matière caséuse sèche, enveloppée d'une membrane fibreuse.

Mais au lieu de tendre vers la guérison, le plus souvent les abcès ossifluents suivent une marche progressive, surtout si on ne leur oppose aucun traitement. Les tissus environnants sont atteints tour à tour, la peau n'échappe point à cet envahissement; en même temps, elle est distendue outre mesure par l'abcès dont le volume augmente. Elle s'ulcère alors, et il se forme des fistules, sur la gravité desquelles il est inutile d'insister.

C'est le traitement de ces abcès ossifluents que nous voulons étudier dans ce travail, mais c'est à l'époque où ils sont encore fermés, à l'époque où ils ne communiquent point avec l'extérieur, alors qu'il n'existe pas de fistules, que nous voulons seulement le considérer.

Nous ne voulons point étudier d'une manière complète tous les traitements des abcès ossi-

fluents, nous voulons seulement faire voir les résultats que peut donner la ponction simple, les avantages qu'elle présente sur les autres méthodes. M. le Professeur agrégé Gangolphe, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu, est toujours resté fidèle à la ponction simple qu'il préconisait en 1894, dans son traité des « Maladies infectieuses et parasitaires des os », comme le traitement de choix des abcès ossifluents. Nous avons pu voir dans son service les résultats que donne une telle thérapeutique. Nous tenons à le remercier d'avoir bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse, et à l'assurer de notre profonde reconnaissance.

M. le Professeur Tripier a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse ; nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de nos respectueux remerciements.

M. le Professeur agrégé Devic, par les renseignements qu'il a bien voulu nous donner, nous a permis de retrouver une des malades dont nous publions l'observation. Nous le prions d'agréer tous nos remerciements.

Notre ami, J. Audier, externe des hôpitaux, nous a traduit certains articles de journaux anglais. Nous l'en remercions et nous tenons à l'assurer de notre amitié la plus sincère.

Nous diviserons ce travail de la manière suivante. Après avoir montré, dans un premier chapitre, la nécessité d'un traitement actif des abcès ossifluents, nous étudierons, dans les chapitres suivants, le manuel opératoire, les indications et les résultats de

ponction simple. Nous montrerons ensuite les avantages de celle-ci sur les autres méthodes de traitement.

Nous n'avons pas cru devoir terminer notre thèse, comme c'est l'habitude, par la publication d'un index bibliographique ; tous les renseignements bibliographiques concernant les abcès ossifluents, étant publiés depuis 1893, dans la Revue de la Tuberculose. Nous avons, d'ailleurs, cité en notes tous les ouvrages auxquels nous avons fait des emprunts.

CHAPITRE PREMIER

Historique. — Nécessité d'un traitement actif. — Importance du traitement général.

Si, depuis déjà longtemps, on connaît les abcès par congestion, puisque l'on en trouve déjà fait mention dans Hippocrate, il faut arriver à Le Dran, pour trouver notée d'une manière nette, la coexistence, (dans un mal de Pott), d'un abcès et d'une lésion osseuse, et encore, ne savait-il point quel était, de l'abcès ou de la carie, le premier processus en date. David, Pereival Pott, B. Bell, furent les premiers qui eurent une notion exacte de ce qu'étaient en réalité les abcès par congestion, et qui comprirent qu'ils succédaient à une lésion osseuse.

A cette époque, la crainte des complications septiques, érysipèle, gangrène gazeuse, etc., était si développée, et à juste titre, dans l'esprit des chirurgiens, que ce n'était certes pas sans raison que l'on n'osait rien pour le traitement des abcès ossifluents. Les cautères, les révulsifs, employés par

P. Pott, n'avaient aucune action, et n'étaient pas toujours exempts de dangers. Quant aux guérisons, qu'ils ont soi-disant procurées, le repos, en général, en était le véritable agent.

L'expectation était alors ce qu'il y avait de plus sage, et il est impossible de nier qu'un certain nombre d'abcès se sont résorbés d'eux-mêmes. David (1) (de Rouen) en cite un cas remarquable et attribue la guérison à l'influence du repos. Deux autres cas sont rapportés par Abernethy (2). Larrey vit lui aussi guérir deux malades, sans qu'un traitement actif ait été institué. Quatre abcès de la fosse iliaque et un de la racine de la cuisse se résorbèrent sous les yeux de Bouvier (3).

Ollier (4), dans une observation remarquable ayant trait à une résorption spontanée, montre quelles sont les conditions qui la favorisent. « La résorption se voit rarement, dit-il, chez les enfants malin-gres et étiolés qui peuplent nos hôpitaux, mais elle est beaucoup moins rare, dans la pratique civile, chez des enfants qui peuvent être entourés de tous les soins hygiéniques (ingesta et circumfusa) que réclame la scrofuleuse osseuse »

Lannelongue (5) a publié deux observations de

(1) DAVID. — Diss. sur les effets du mouvement et du repos dans les affections chirurgicales, Paris, 1779.

(2) ABERNETHY. — On the lumbar abscess. Surg. and Phys. Essays, 1793-1797.

(3) BOUVIER. — Abscès par congestion. Lec. cliniques sur les mal. de l'appareil locomoteur., Paris, 1858.

(4) OLLIER. — Résection de la hanche. — *Revue de Chirurgie*, 1881.

(5) LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale. Paris, 1888.

résorption spontanée : l'une nous montre un enfant porteur, en novembre 1883, d'un énorme abcès en bissac. Au mois d'avril 1884, c'est-à-dire cinq mois plus tard, l'abcès avait complètement disparu. Il était impossible d'en trouver trace. Le traitement avait consisté dans le repos au lit. On avait fait, en plus, de la compression ouatée au niveau de l'abcès. L'autre rapporte une autopsie. Il existe en avant et sur les côtés de la colonne vertébrale, un abcès qui a la forme d'un petit œuf. Dans l'intérieur de cet abcès, on trouve de la matière caséuse sèche et quelques débris osseux ; la paroi fibreuse a plus de deux centimètres d'épaisseur : en somme, c'est un abcès guéri.

W. Cheyne (1) en 1892, sans croire cependant à la possibilité de la résorption spontanée des abcès ossifluents, rapporte qu'il a trouvé dans la littérature médicale française, quarante-quatre exemples de cette résorption, rien que dans le mal de Pott.

Dans la dissertation inaugurale de W. Beuthner (2), inspirée par le Professeur Bergmann, nous trouvons rapportés six autres cas de guérison d'abcès par congestion, due au traitement conservateur, appliqué à la lésion osseuse primitive, (qui est, dans ces cas, un mal de Pott), traitement consistant dans l'extension, soit simple (quatre cas), soit dans un lit spécial (deux cas).

(1) W. CHEYNE. — Du traitement des abcès vertébraux. Assoc. Med. Britannique. Nottingham, juillet 1892.

(2) W. BEUTHNER. — 66. Falle von Spondylitis. Diss. inaugurale. Berlin, 1895.

Les observations suivantes sont inédites

OBSERVATION I

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé M. GANGOLPHE.)

Enfant de 9 ans. En 1886, il présentait un mal de Pott dorso-lombaire, caractérisé par un point douloureux et une gibbosité à courbure surtout latérale. Dans la région lombaire, existait un abcès de la grosseur du poing. M. le Professeur agrégé, M. Gangolphe, obligé de s'absenter, confia le malade au Dr Levrat, chirurgien-major de la Charité, pensant qu'il serait nécessaire d'intervenir et de ponctionner cet abcès.

Le traitement consista en immobilisation dans une gouttière Bonnet. L'abcès se résorba peu à peu.

A son retour, trois mois après, le Dr Gangolphe retrouve l'enfant guéri.

Le malade meurt en 1899, de tuberculose viscérale. L'abcès ne s'était jamais reproduit.

OBSERVATION II

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé M. GANGOLPHE.)

Salle St-Sacerdos. Homme, 40 ans. Le malade est entré à l'hôpital pour des douleurs siégeant dans la région dorso-lombaire. Il a de la peine à se baisser et à se relever. L'on constate une gibbosité nette, et la pression sur la première vertèbre lombaire indique un point douloureux.

Dans la gaine du psoas et dans la région antéro-supérieure de la cuisse, on constate une tuméfaction présentant une fluctuation nette. Les deux mains, appuyées, l'une sur la fosse iliaque, l'autre à la partie supérieure de la cuisse se renvoient le liquide.

On a donc affaire à un abcès en bissac dû à un mal de Pott dorso-lombaire.

Le traitement consiste en l'immobilisation simple. L'abcès diminue sous son influence.

Le malade reste un an dans la salle. Au bout de ce temps, il meurt d'une méningite tuberculeuse.

À l'autopsie, on trouve, dans la gaine du psoas, une tumeur grosse comme une mandarine. Elle contient dans son intérieur de la matière caséuse un peu desséchée, ressemblant à de la margarine. Elle est entourée d'une membrane fibreuse, épaisse de plus d'un doigt.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé M. GANGOLPHE).

Autopsie : Femme adulte. Derrière la vessie et sur les parties latérales de celle-ci, on trouve une poche de la grosseur d'une orange, contenant un liquide citrin et quelques petits séquestres. Cette poche est réunie par des tractus fibreux à la région lombaire, siège d'un mal de Pott guéri.

De ces cas nous devons rapprocher l'observation XXV qui nous montre l'abcès du côté gauche, qui, vu sa situation profonde, n'avaient pu être ponctionné, se résorber sous l'influence du repos.

Il est complètement inutile de multiplier les faits de résorption spontanée des abcès ossifluents. Que cette résorption puisse parfois se produire, sur ce point, il n'est aucun doute. Chez l'enfant, surtout chez l'enfant dans de bonnes conditions hygiéniques, elle se produit même souvent, et cela arrive le plus fréquemment dans les abcès dépendant de maux de Pott ; chez l'adulte, elle est beaucoup plus rare ; dans

tous les cas, elle doit être considérée comme l'exception. L'on a dit qu'elle était « moins rare qu'on ne le suppose généralement ». Il n'est venu à l'esprit de personne de dire qu'elle n'était pas rare. Et, en général, l'on ne peut pas compter sur le repos, comme seul traitement des abcès ossifluents. Il agit souvent surtout sur la lésion osseuse primitive.

Un traitement actif, un traitement d'ordre chirurgical s'impose au médecin, car il lui est le plus souvent impossible par l'examen d'un abcès ossifluent, de savoir ce que celui-ci deviendra, s'il se développera progressivement, atteindra la peau, l'ulcérera, donnera naissance à des fistules, ou si cet abcès va se résorber spontanément, va disparaître par le repos. Toutes données manquent pour établir le pronostic et si l'on a vu des abcès volumineux se résorber, tels les cas cités par Ollier, l'on a vu aussi des abcès de petit volume suivre tout d'un coup une marche rapide et s'ouvrir en peu de temps à l'extérieur.

D'autre part, combien est grave l'ouverture spontanée des abcès ossifluents? La fréquence des infections secondaires dans ces cas est connue de tous. Le pronostic est encore rendu plus sombre par la possibilité de voir apparaître, à la suite de la fistulation des abcès ostéopathiques, la dégénérescence amyloïde des différents viscères. L'on sait sa fréquence dans les suppurations osseuses ouvertes, de nature tuberculeuse. On voit alors apparaître dans l'urine, une grande quantité d'albumine. Le foie devient gros et douloureux, il en est de même de la rate. Le malade présente une diarrhée intense.

La température s'élève, et d'ordinaire le malade succombe à cette dégénérescence et à la fièvre hectique. Aussi Abernethy disait, en inventant la ponction des abcès ossifluents, « qu'il fallait ouvrir les abcès pour une raison qui au premier abord semble paradoxale : pour qu'ils restent fermés ». Et « quiconque entreprend la cure d'un gibbeux doit toujours avoir présent à l'esprit que, s'il laisse arriver son malade à la période de fistulisation de ses collections purulentes, c'est la mort à peu près certaine. »

Un traitement actif étant nécessaire, voyons rapidement ceux qui furent préconisés. La ponction et l'ouverture large se partagent les faveurs des chirurgiens. La première de ces méthodes, préconisée par Abernethy, Boyer, M. A. Petit, avait perdu sa vogue avec l'avènement de l'antisepsie. Aujourd'hui, elle semble être redevenue le traitement de choix pour la plupart des chirurgiens, qui l'emploient soit simple, soit suivie d'injection modificatrice.

L'autre procédé, ouverture large avec drainage, jadis préconisée par Chassaignac, Lisfranc, devint sous l'influence de l'antisepsie, un traitement de choix, et Lister (1), à propos des abcès du mal Pott, s'exprimait ainsi : « Si l'on ouvre largement, si, pour obtenir un libre écoulement, on place un tube à drainage et si après avoir fait l'opération avec la méthode antiseptique, on fait un bon pansement antiseptique que l'on continuera avec grand soin jusqu'à la guérison complète, le premier résultat que l'on obtient

(1) LISTER. — *Bulletin et Mem. Société de Chirurgie*, 1878.

est de ne pas avoir de fièvre, d'obtenir un écoulement séreux qui devient, en quelques jours, peu abondant, et, si à ce pansement, on ajoute la précaution de faire garder la position horizontale, on peut guérir complètement et radicalement les malades ».

A côté de ceux qui se contentent de l'ouverture large accompagnée de drainage et d'un léger curetage des parois de la cavité de l'abcès, d'autres chirurgiens, plus hardis, voulurent guérir les abcès par congestion en extirpant tout à la fois, et l'abcès, et la partie de l'os malade. C'est ainsi que procédait, dans les coxalgies suppurées, il n'y a encore que sept ou huit ans, Calot (1) pratiquant un grand nombre de résections de la hanche. Nous verrons, dans cette étude, qu'aujourd'hui il ne veut plus en pratiquer. C'est ainsi qu'agit encore aujourd'hui, dans les maux de Pott suppurés, M. le Professeur agrégé Vincent (2), qui ouvre largement et draine les abcès par congestion et, par cette voie, qu'il se crée, va trépaner le rachis, faire des laminectomies et autres opérations semblables.

L'ouverture large, qui semblait presque la seule méthode employée jusqu'il y a une dizaine d'années,

(1) CALOT. — La résection de la hanche dans la coxalgie. *Presse Médicale*, 1900.

(2) VINCENT. — Contribution à l'étude de la chirurgie rachidienne. — Du drainage dans le mal de Pott. *Revue de Chirurgie*, 1892. — Chirurgie du Rachit. et du mal de Pott. *Revue de Chirurgie*, 1898.

CAPILLERY. — Du traitement chirurgical rachidien du mal de Pott. Thèse de Lyon, 1893.

n'est, pour ainsi dire, plus employée aujourd'hui, Quant aux opérations s'adressant aux lésions osseuses elles-mêmes, bannies par presque tous les chirurgiens, quand il s'agit d'abcès fermés du mal de Pottet de la coxo-tuberculose, elles sont au contraire, admises par un certain nombre, quand il s'agit d'abcès dépendant d'une lésion épiphysaire, ou d'une ostéite costale.

Mais, avant d'étudier les avantages et les inconvénients de ces différents procédés, avant de montrer les raisons qui nous font préférer la ponction simple, avant de présenter les résultats qu'elle peut donner, nous devons rappeler toute l'importance du traitement général anti-tuberculeux. Nous avons déjà vu quel rôle lui faisait jouer Ollier dans la résorption spontanée des abcès ossifluents. C'est le traitement général et c'est l'hygiène qui permettront seuls aux malades de résister à la suppuration.

C'est à l'huile de foie de morue et à l'arsenic sous ses différentes formes (liqueur de Fowler principalement) que l'on devra tout d'abord s'adresser. Le biphosphate de chaux, l'iodure de fer pourront être aussi utiles. Une nourriture choisie, une bonne hygiène seront tout aussi importantes, sinon plus que les médicaments. Et, dès que la lésion osseuse primitive, cause des abcès ossifluents, le permettra, c'est à la campagne, au bord de la mer, aux eaux chlorurées sodiques, telles que Bourbon-l'Archambault, Bourbonnes-les-Bains, Salies, qu'on devra envoyer les malades. Ce traitement pourra ne pas

agir sur la lésion locale, quoique, le plus souvent, son influence s'exercera sur elle. En tous les cas, il permettra au malade de résister et de vivre en attendant que le traitement local guérisse et, les abcès, et les lésions osseuses dont ceux-ci dépendent.

CHAPITRE II

De la ponction simple

C'est Abernethy qui inventa la ponction des abcès ossifluents, mais ce n'était que dans les cas où l'abcès avait une marche envahissante, où il menaçait de s'ouvrir qu'il intervenait. Sa méthode, dite méthode valvulaire, consistait à enfoncer à plat et obliquement un bistouri dans l'intérieur de l'abcès ; de la sorte, on faisait successivement à la peau et à la paroi de l'abcès une double ouverture, et les deux orifices se trouvaient séparés par une étendue plus ou moins considérable (1). Il se formait ainsi une espèce de valvule qui, lorsque le contenu de l'abcès s'était écoulé au dehors, fermait exactement la communication de l'abcès avec l'extérieur.

(1) *Voir pour l'histoire :*

HAMEAU. — Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. Thèse Paris, 1888.

LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale, 1888.

ROCHET. — Traitement des abcès froids, *Province Médicale*, 1887.

GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.

Le procédé de Boyer diffère peu du précédent. « La peau qui recouvre l'abcès est attirée vers un des côtés de la tumeur et maintenue dans cette position pendant qu'avec un bistouri étroit on fait une ponction ; on laisse le liquide s'écouler, puis, lorsque la poche est vide, on cesse de maintenir la peau ; celle-ci reprend ses rapports primitifs avec la tumeur, le parallélisme de l'ouverture interne et de l'externe se trouve détruit, et l'entrée de l'air dans le foyer est impossible. »

M. A. Petit se servait, pour pratiquer la ponction, d'une aiguille rougie au feu et complétait la ponction par l'aspiration au moyen de ventouses.

En 1844, J. Guérin remplaçait le bistouri par un trocart aplati. Aujourd'hui, pour pratiquer la ponction, l'on ne sert plus que du trocart.

La simplicité de la ponction est un avantage précieux, on peut la pratiquer tout aussi facilement à l'hôpital qu'en dehors de celui-ci. Un pansement antiseptique, placé sur la petite plaie produite par le trocart et maintenu en place pendant trois ou quatre jours, suffira pour la protéger et la mettre à l'abri de tout germe infectieux jusqu'à ce qu'elle soit cicatrisée. Il sera prudent aussi de maintenir, pendant deux ou trois jours, le malade couché, avant de lui permettre de se livrer à ses occupations habituelles.

C'est là un grand avantage de la ponction, de pouvoir permettre aux malades de se lever, de vivre en dehors d'un hôpital, fait inappréciable, lorsqu'il s'agit de tuberculeux ; le séjour au grand air, à la campagne, étant le point le plus important du traitement

de la scröfulose osseuse. Bruns (1), au dix-neuvième Congrès des Chirurgiens allemands, mettait bien en relief cet avantage. Le malade vient se faire ponctionner à l'hôpital, puis ressort le lendemain, ou le surlendemain, pour reprendre son travail, à condition bien entendu, que la lésion osseuse le permette. Il faut se rappeler que si le malade sort de l'hôpital porteur d'un appareil plâtré ou d'un silicate, une surveillance attentive sera nécessaire, et qu'on devra examiner assez fréquemment le malade, de façon à s'assurer que l'abcès ne s'est pas reformé, et de façon à empêcher l'ouverture spontanée de l'abcès, ouverture dont la gravité est bien connue.

On a reproché à la ponction soit simple, soit suivie d'injection modificatrice d'être un traitement long, pénible pour le malade. Elle demande d'ordinaire, il est vrai, à être fréquemment répétée et si, comme nous le verrons plus loin, dans quelques rares cas, une seule ponction amène la guérison, il en est d'autres plus nombreux, où il est nécessaire d'en pratiquer six ou huit. Mais les conditions dans lesquelles le malade suit ce traitement, la possibilité qu'il a de pouvoir vivre sa vie habituelle, en dehors des quelques jours qui suivent la ponction font paraître moins long le traitement et le font supporter plus aisément. Nous verrons, d'autre part, dans le courant de cette étude, que l'ouverture large des abcès demande souvent un temps tout aussi long pour

(1) BRUNS. — Du traitement des articulations tuberculeuses et des abcès par congestion, au moyen des injections iodoformées, XIX^e Congrès des Chirurgiens allemands, Berlin, 1890.

amener la guérison ; et pendant toute la période qui s'écoule entre celle-ci et l'opération, le malade est obligé de garder le lit

Il existe un abcès ossifluent. A quel moment doit-on pratiquer la ponction simple? Dollinger (1) prétendait que l'on devait ponctionner les abcès du mal de Pott et injecter à leur intérieur des substances modificatrices avant même qu'ils ne soient fluctuants. Ce peut être discutable pour la ponction avec injection modificatrice. En aucun cas, l'on ne peut pratiquer la ponction simple, avant que l'abcès ne soit nettement fluctuant. Si on la pratiquait plus tôt, l'on ferait une ponction blanche. Nous dirons donc que l'on ne doit ponctionner les abcès ossiflueurs que lorsqu'ils sont nettement fluctuants. Nous dirons, de plus, que l'on doit ponctionner tous les abcès ostéopathiques qui ne sont pas ouverts. C'est le premier traitement à appliquer et, suivi pendant un certain temps, il évitera, le plus souvent, au malade l'ennui d'une opération. Quelle que soit la lésion osseuse primitive, que ce soit une coxalgie ou un mal de Pott, ou que ce soit simplement une ostéite costale, c'est le traitement du début, et ce n'est que s'il échoue qu'on sera autorisé à agir plus radicalement, à faire l'ouverture large, à réséquer les tissus osseux malades.

Dans les cas où, par des pansements irritants, ou quand par la marche progressive du processus tuberculeux, la peau semble sur le point de s'ulcé-

(1) DOLLINGER. — Behandlung der Spondylitis. Stuttgart, 1896.

rer, l'on devra encore pratiquer la ponction, mais on devra avoir soin de faire porter la ponction en dehors des points trop manifestement atteints.

Quand l'abcès est difficilement accessible, et à ce moment, en général, il n'est que peu volumineux, l'on ne se hâtera point d'intervenir, et au lieu de tenter une ponction qui serait difficile et quelquefois dangereuse dans ces conditions, l'on attendra. Le repos pourra faire parfois resorber l'abcès ; dans la plupart des cas, au contraire, l'abcès continuera à évoluer et deviendra plus ou moins tôt facilement accessible ; c'est alors seulement qu'on le ponctionnera.

Avant de pratiquer la ponction, la région sur laquelle elle devra porter sera rasée, savonnée, lavée ; au dernier moment on la lavera avec de l'alcool ou de l'éther. Nous n'insisterons point ici sur la nécessité de l'asepsie des mains du chirurgien. Les instruments auront été préalablement stérilisés à l'étuve ; si cela n'a pu être fait, on les flambera et on les passera à la solution phéniquée forte. Ces instruments sont, soit un trocart ordinaire, de volume moyen, soit un trocart de l'appareil Potain et un mandrin de cet appareil. Nous rejetons formellement les trocarts du volume du petit doigt qu'emploient certains chirurgiens allemands ; la plaie qu'ils produisent se ferme difficilement et leur emploi peut être cause de la formation d'une fistule. Nous ne nous servons pas non plus d'aiguilles tubulées, elles peuvent trop facilement être engorgées par les grumeaux et les débris osseux

que contient au début le pus des abcès ostéopathiques. L'asepsie du chirurgien, des instruments et de la région ne saurait être trop parfaite, étant donnée la gravité des abcès tuberculeux infectés, et l'on ne saurait trop se rappeler le cas de mort, cité par Ducroquet (1), et dont la cause fut une ponction septique.

Où ponctionnera-t-on ? Certains auteurs ont voulu tracer des règles fixes. Les uns pratiquent la ponction au point le plus déclive, de façon, disent-ils, à permettre au pus de s'écouler ainsi plus facilement. D'autres, Mlle Bouet (2), en particulier, l'interdisent, assurant que par ce procédé, l'on risque de provoquer la fistulisation des abcès. Ces disputes n'ont pas pour nous grand sens. L'on devra ponctionner à un endroit nettement fluctuant, en se rappelant auparavant les détails anatomiques de la région, sur laquelle va porter la ponction, et en s'assurant qu'il n'y a pas de vaisseaux importants, à l'endroit où l'on va enfoncer le trocart.

L'on pourra de la main gauche ramasser en quelque sorte la collection, de façon à la faire saillir, manœuvre qui sera parfois utile dans les cas surtout où l'abcès, bien que fluctuant, est peu volumineux. Le trocart sera enfoncé d'un seul coup et rapidement, quoique sans brusquerie, jusque dans la cavité de l'abcès. La ponction devra être oblique par rapport

(1) DUCROQUET. — Traitement du mal de Pott. Thèse Paris, 1898.

(2) Mlle BOUET. — Traitement des abcès du mal de Pott et de la coxo-tuberculose par les injections de naphthol camphré. Thèse Paris, 1895.

aux tissus ; en effet, si elle est perpendiculaire à ceux-ci, elle prédispose à la fistulisation du trajet. La mobilité que présente le trocart indique qu'il est parvenu dans la cavité de l'abcès.

L'on maintiendra la canule en place, et le liquide s'écoulera dès que de celle-ci on retirera le trocart.

Certains auteurs ont préconisé l'aspiration, nous la croyons tout au moins inutile.

Elle ne pourra pas souvent servir, des grumeaux ou des débris osseux venant oblitérer la canule. Elle peut de plus, être cause qu'un épanchement sanguin se produise dans la cavité de l'abcès et, quoique cet incident soit peu grave, d'après Ménard (1), il est préférable cependant de l'éviter.

Si la canule vient à être obstruée pendant le cours de l'opération, on la débouchera en y introduisant un mandrin. Quand l'écoulement aura fini de se produire, après s'être assuré qu'il ne s'agit pas d'une obstruction de la canule, on retirera brusquement le trocart, en serrant les lèvres de la petite plaie.

Après cette opération, l'on appliquera sur la région un pansement iodoformé, avec tout autant de soins que s'il s'agissait d'une large plaie. Au bout de quelques jours, la cicatrisation sera effectuée.

Aucun accident sérieux ne vient compliquer cette petite opération. La douleur qui est produite par l'introduction du trocart n'est pas très vive, surtout si l'instrument est introduit d'une manière rapide.

(1) MÉNARD. — Traitement des abcès tuberculeux du mal de Pott, par les injections de naphтол camphré. Congrès français de Chirurgie, Lyon 1894.

Elle est analogue à celle produite par une paracentèse. En aucun cas, il n'est nécessaire de pratiquer l'anesthésie locale.

L'ouverture d'un vaisseau important ne s'est jamais produite à notre su. Quant à l'épanchement dans la cavité de l'abcès d'une petite quantité de sang provenant de petits vaisseaux lésés, c'est un phénomène sans importance, comme nous l'avons déjà dit.

Cependant, un incident peut se produire. La ponction faite, l'on ne voit point d'écoulement de liquide, la canule n'étant cependant pas obstruée. Nous n'insistons pas sur les erreurs de diagnostic qui peuvent se produire, prendre, par exemple un lipome pour un abcès froid. En général, le fait provient de ce que le trocart n'est pas dans la cavité de l'abcès, ou de ce que le tuberculome n'est pas encore liquide, l'opérateur ayant pris de la pseudo-fluctuation pour de la fluctuation vraie. Dans le premier cas, en portant la pointe du trocart en différents points, cela d'ailleurs sans le ressortir; en le retirant quelque peu ou en l'enfonçant plus profondément, l'on arrivera à le faire pénétrer dans la cavité de l'abcès. Si l'on a, au contraire affaire au second cas, si les tubercules ne sont pas encore complètement liquéfiés, mais seulement quelque peu caseifiés, l'on appliquera un pansement et l'on attendra que la marche de l'abcès rende celui-ci liquide, ou que le repos le fasse résorber comme dans le cas suivant.

OBSERVATION IV

(Inédite.)

M..., Antoine, 20 ans, verrier.

Mère morte d'un cancer du foie, père vivant et bien portant, deux frères bien portants. Le malade a eu la fièvre scarlatine à l'âge de 4 ou 5 ans; tous les hivers il tousse.

Il y a trois semaines, il s'aperçut qu'il était porteur d'une tumeur, le long de la colonne vertébrale, large comme la main d'un enfant; il n'éprouvait aucune douleur; depuis, cette tumeur a un peu grossi et est resté, d'ailleurs, indolente.

Il éprouve de la lassitude dès qu'il est debout.

Actuellement on constate en arrière, à gauche de la colonne, une tuméfaction diffuse, correspondant en haut aux six dernières côtes, et de quatre travers de doigt de largeur. La peau n'a aucun aspect particulier, elle n'est pas adhérente, on a la sensation d'un empâtement diffus, profond, sans limites précises du côté des côtes, mais s'arrêtant nettement aux apophyses épineuses. La sensation de fluctuation est nette.

En pratiquant la pression tout le long de la colonne, on constate un peu de douleur au niveau de l'épine de la douzième dorsale. Pas de douleurs ailleurs.

Pas de ganglions dans l'aisselle. Rien aux poumons.

Etat général bon. Pas de fièvre.

22 décembre. — La tuméfaction a augmenté; elle est plus apparente quand il est debout que quand il est assis.

Ponction de l'abcès sans résultat. Pas d'issue de pus.

Le malade reste six mois couché. On a placé une planche sous le matelas du lit.

Pendant deux ans, port d'un corset en feutre. Depuis deux ans le malade a quitté son corset. Il se porte très bien; cependant présente de légères douleurs dans la région dorso-lombaire quand il a fatigué toute une journée.

Le liquide qui s'écoule par la canule peut être variable; les modifications que subit le pus de

l'abcès ossifluent, tout d'abord signalées par Ollier, ont été mises en relief par M. le Professeur agrégé Gangolphe. Ménard et d'autres ont insisté depuis sur ce fait. En général, à la première ponction, le liquide est épais, grumeleux, de couleur verdâtre ou jaunâtre, contenant parfois des débris osseux, et en quantité parfois considérable (dans certains cas plus d'un litre). Les éléments figurés sont nombreux, et, si l'on examine ce pus au point de vue bactériologique, on y constate la présence de bacilles de Koch (qui ne sont jamais, cependant, en grande abondance). Si on injecte ce pus à un cobaye, on trouve à l'autopsie de celui-ci, des lésions tuberculeuses généralisées.

Au contraire, lorsque plusieurs ponctions ont été pratiquées, ou lorsque l'abcès tend vers la guérison, l'on voit le liquide devenir séreux, filant, albumineux. Sa quantité diminue; il ne contient plus ni grumeau ni débris osseux. Les bacilles ont complètement disparu.

Au bout de combien de temps se produit ce changement? Combien de ponctions est-il nécessaire de pratiquer pour que ce changement se produise? Ceci est fort variable. Et si, quelquefois, à la première ponction on trouve un pus séreux, la plupart du temps il faut de 4 à 10 ponctions pour que le liquide se modifie. Quel que soit, d'ailleurs, le moment où cette transformation se produit, elle annonce la guérison prochaine et, souvent, la ponction à la suite de laquelle elle se montre est la dernière que l'on a à pratiquer. C'est donc un élément important de pronostic

Quand le malade est rapporté dans son lit, il se passe parfois, dans les jours suivants, un phénomène intéressant à connaître, car, s'il était mal compris, il pourrait donner une direction fâcheuse au traitement : quelquefois, dès le lendemain même, l'abcès semble s'être déjà reformé ; le fait est dû à l'écoulement dans la cavité, sous l'action du vide, d'une certaine quantité de lymphes et de sérum sanguin. L'on ne devra donc pas ponctionner immédiatement ce nouvel abcès. Parfois il a une tendance manifeste à la résorption, comme dans l'observation XXVIII.

Les ponctions doivent, d'autre part, être assez éloignées les uns des autres. Il faut attendre que l'abcès se soit nettement reformé et soit de nouveau réellement fluctuant pour le ponctionner. Des ponctions trop répétées sont, en effet, une cause de formation de fistules. Les ponctions très rapprochées, les premiers temps, deviennent de plus en plus rares, à mesure que l'on s'éloigne du début du traitement.

Jusques à quand ponctionnera-t-on les abcès ossifluents ? Tant qu'ils se reformeront, l'on devra les ponctionner, en prenant toujours les mêmes précautions, car ce sera le moyen d'éviter la formation de fistules. Et, tant que l'état général sera bon, l'on pourra porter un pronostic favorable et « espérer tarir la suppuration par des ponctions successives. On devra surtout persévérer dans cette ligne de conduite si, après chaque nouvelle ponction, le pus est moins abondant et surtout plus séreux, moins chargé en leucocytes (Ollier).

En même temps l'on devra agir sur la tuberculose elle-même, par le traitement général et sur la lésion osseuse primitive par le repos et les moyens conservateurs variables, d'ailleurs, suivant les cas.

Nous ponctionnerons tous les abcès ossifluents, quelle que soit la lésion osseuse primitive, que ce soit une coxalgie, un mal de Pott, ou que ce soit une ostéite costale. C'est seulement dans les cas où, par une résection, l'on peut, dans les ostéo-arthrites des os longs, enlever tous les tissus pathologiques, que nous croyons que l'on doive s'adresser à une intervention opératoire.

Mais, c'est aussi à celle-ci qu'il faudra avoir recours si l'état général devient mauvais, si la température s'élève, ou si les douleurs sont intenses. Dans ce dernier cas, la résection sera plutôt effectuée pour faire disparaître les douleurs que pour guérir l'abcès. En tous les cas il faudra alors se rappeler que la guérison est rare, comme nous le montrerons dans un des chapitres suivants, à moins que l'on n'enlève absolument tout les tissus pathologiques.

CHAPITRE III

Observations. — Résultats

Peut-on obtenir la guérison des abcès ossifluents, par la ponction simple ? Lannelongue (1) prétend « qu'il est rare... que la ponction simple même répétée soit suivie de guérison », et Ménard (2) s'exprime ainsi à ce sujet « Nous ne nous arrêtons pas à la ponction simple, qui n'est qu'un palliatif comparable à la compression et aussi inefficace ». Denucé (3) professe la même opinion. Ducroquet (4), dans sa thèse, est moins affirmatif et admet que, dans certains cas, la ponction simple peut suffire à amener la guérison, mais, il croit que le fait ne peut se produire que chez les enfants. L'observation suivante est tirée de sa thèse.

(1) LANNELONGUE. — Tuberculose vertébrale, 1888.

(2) MÉNARD. — Coxalgie tuberculeuse, 1895.

(3) DENUCE. — Mal de Pott, 1896.

(4) DUCROQUET. — Traitement du mal de Pott. Thèse Paris, 1898.

OBSERVATION V

(Observation xxii de la thèse de DUCROQUET)

Raphaël L..., 4 ans, Bosse dorsale moyenne assez volumineuse, début assez récent. Ponction, en juin 1897, d'un abcès volumineux de la fosse iliaque gauche. On retire 550 gr. de pus bien liquide. Guérison en une seule ponction. Rien depuis (juin 1898).

Nous avons trouvé, dans la littérature médicale, un certain nombre d'observations rapportant des cas de guérison chez l'enfant obtenue par la ponction simple. Dans la thèse d'Etienne (1), cinq observations tirées, d'ailleurs, du travail du Dr Romanus Binder (2), fait à la clinique de professeur Hoffa nous montrent des guérisons d'abcès ossifluents, survenues dans le cours de coxalgies, qui furent soignées par le traitement orthopédique conservateur, accompagné de la ponction simple de ces abcès.

OBSERVATION VI

(Observation I de la thèse d'ETIENNE.)

O. P..., 10 ans, Amsterdam.

Il y a quelques mois, douleurs dans la jambe droite, quelque temps après abcès dans la hanche droite.

(1) ETIENNE. — Traitement orthopédique de la coxalgie infantile. Thèse Nancy, 1900.

(2) Romanus BINDER. — Die conservative Behandlung der coxitis, und ihre Resultate im besonden die conservative Behandlung mit einen portativer Apparate, *Zeitschrift für orthopædische chirurgie*, 1899.

Traité par notre appareil; ponctions répétées de l'abcès.

A porté l'appareil quatre ans.

Etat actuel: va assez bien; n'a plus de douleur, pas de fistules, guérison.

OBSERVATION VII

(Observation IV de la thèse d'ETIENNE.)

A. K..., 7 ans, de Tuckelhausen.

A l'âge de 4 ans, douleurs dans la hanche droite et boiterie. L'enfant est obligé de s'aliter quelque temps après: gonflement considérable de l'articulation, la jambe est en flexion et adduction.

Traité d'abord par appareils plâtrés; ponctions répétées des abcès; plus tard on applique notre appareil qu'il porte depuis deux ans.

Etat actuel: le malade se trouve bien; il n'a plus d'abcès.

OBSERVATION VIII

(Observation VI de la thèse d'ETIENNE.)

A. K..., 14 ans, de Lemberg.

A été soigné, à la clinique de Lemberg, par des appareils plâtrés; présente un gros abcès de la hanche gauche.

Traité par notre appareil; neuf ponctions de l'abcès; a quitté la clinique il y a trois ans.

Port de notre appareil, deux ans et demi.

Etat actuel: l'abcès a guéri; l'état général est bon.

OBSERVATION IX

(Observation XIII de la thèse d'ETIENNE.)

M. T..., 4 ans, de Burgkundstadt.

Douleur et gonflement de la hanche gauche depuis deux ans.

A porté notre appareil deux ans. Ponctions d'abcès.

Etat actuel: le petit malade se porte bien. Il n'existe plus même de gonflement.

OBSERVATION X

(Observation XV de la thèse d'ETIENNE.)

M. Sch..., de Schweinfurth.

Coxalgie à la deuxième période, abcès de la cuisse droite.

A porté appareil trois ans, ponctions de l'abcès.

Etat actuel: affection guérie; état général bon.

OBSERVATION XI

(Observation VI de la thèse de WEITZEL) (1).

Il s'agit d'un enfant chez qui, brusquement, au retour d'une promenade, la hanche devint le siège de douleurs vives. En même temps on vit la cuisse se fléchir, les mouvements et principalement ceux d'abduction étaient très douloureux. Température: 39° au début. M. le professeur Ollier qui l'examina, trouva un point douloureux sur la branche horizontale du pubis.

Immobilisation avec tractions. La température redevient normale; quelque temps après les mouvements redeviennent plus libres, mais on aperçoit un abcès au niveau du pubis. C'était une ostéite périocyloïdienne. Ponction. Guérison.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé M. GANGOLPHE.)

L..., juin 1895, jeune fille, 14 ans. La malade se présente se plaignant de douleurs au niveau des reins. Elle a de la peine à se baisser et à se relever. La pression le long des apophyses

(1) WEITZEL. — Des ostéites du pubis et de leurs rapports avec la coxalgie. Thèse Lyon, 1899.

épineuses, fait percevoir dans la région lombo-sacrée, un point douloureux. On ne trouve pas de gibbosité, mais on note la présence, en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure d'un abcès du volume du poing, abcès d'origine lombo-sacrée, et qui, tout d'abord, avait été considéré comme une hernie. Etat général satisfaisant. Immobilisation. L'on pratique trois ponctions simples dans l'espace de quatre mois. L'abcès disparaît complètement.

Guérison complète, maintenue jusqu'à aujourd'hui. La malade est mariée et mère de famille.

OBSERVATION XIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé GANGOLPHE.)

S..., octobre 1897, enfant de 9 ans.

Le malade a l'aspect strumeux. Le malade est soigné pour une synovite fongueuse du genou droit, consécutive à une chute, qui s'est produite deux mois auparavant. Le traitement consiste en l'immobilisation. On y ajoute des pointes de feu. Il s'est formé un abcès à la partie supéro-interne du tibia droit, abcès qui s'est ouvert.

Au bout de six mois, le malade est envoyé au bord de la mer. Pendant son séjour, il contracte la fièvre typhoïde.

A la suite de celle-ci, la cuisse gauche se fléchit sur le bassin et il se forme un abcès sus-trochantérien. Les mouvements de l'articulation sont libres et non douloureux. L'abcès provient, sans doute, d'une ostéïte pelvienne.

On pratique trois ponctions. Les deux premières donnent issue à du pus grumeleux, verdâtre, un demi-verre environ, chaque fois, et dans lequel l'analyse bactériologique décèle le bacille de Koch. La dernière donne issue à du pus séreux.

Une des ponctions devient l'origine d'une fistule. Malgré cela, guérison complète en trois mois.

Quelques mois plus tard, la cuisse se remet de nouveau en flexion. L'on trouve un volumineux abcès en bissac, occupant la gaine du psoas, et la région antérieure de la cuisse, résultant probablement d'un mal de Pott lombo-sacré. Il n'y a aucune relation entre le nouvel abcès et le premier foyer osseux.

Deux ponctions simples, séparées par un intervalle de deux mois, suffisent à procurer la guérison.

Guérison complète de l'abcès.

On immobilise en même temps le genou droit par un plâtre. On remplace celui-ci par un tuteur, et on fait porter au malade un corset feutré.

Guérison complète au bout de deux ans. L'abcès, depuis, ne s'est plus reformé.

Et W. Benett (1) s'exprime d'autre part à propos des abcès ossifluents survenant chez les enfants, de la manière suivante : « Je pourrais citer d'autres cas d'abcès du psoas d'origine osseuse, qui ont guéri chez l'enfant par ponction aspiratrice simple. »

Toutes les observations précédentes ont rapport à des enfants; les suivantes, dont la plupart sont inédites, ont trait à des adultes ou du moins à des adolescents. Elles nous montreront que, aussi bien dans l'âge mûr que dans l'enfance, la guérison des abcès ossifluents peut être obtenue par la ponction simple.

Mais auparavant nous tenons à rappeler qu'en 1884, Terillon (2) avait obtenu chez l'adulte avec la ponction simple quatre guérisons et qu'il la recommandait à cette époque comme le traitement de début des abcès ossifluents. « Lorsque vous vous trouverez en présence d'un abcès récent, disait-il, vous pourrez vous borner tout d'abord à une simple

(1) W. BENETT. — Traitement de certains abcès tuberculeux par la simple aspiration. *The Lancet*, 1900.

(2) TERILLON. — Des ostéites du bassin. *Semaine médicale*, 1884.

ponction capillaire, vous pourrez même la renouveler plusieurs fois.

J'ai observé pour ma part quatre malades qui étaient nettement atteints de ces variétés d'ostéite (ostéite tuberculeuse du bassin), et que j'ai guéris radicalement après trois, quatre et cinq ponctions. Deux fois la lésion siégeait sur les branches du pubis, une fois elle était dans la fosse iliaque, une fois vers l'épine iliaque postéro-supérieure ».

Plus tard, en 1887 (1), dans un article sur les abcès froids ossifluents, il ne parle plus que de l'ouverture large.

OBSERVATION XIV

(Résumée.)

(Tirée de l'article de W. BENETT.)

Il s'agit d'une malade de la salle Wallington, de l'hôpital St-Georges, âgée de 26 ans. Il y a quelques années, elle souffrit d'une coxalgie. Le traitement amena une ankylose en bonne position, elle pouvait marcher, mais boitait.

Sur son désir, et sous anesthésie, l'ankylose fut rompue. L'effet de cette manœuvre fut de procurer quelque mobilité à l'articulation; mais, au bout de quelque temps, il se forma un abcès dans la région de la hanche, abcès qui se développa rapidement et sans douleur.

A son entrée, l'état général était mauvais. Malade faible. Température normale, pas de douleurs. Sur la face antérieure de la cuisse gauche s'étalait un large abcès qui s'étendait depuis l'épine iliaque antéro-supérieure, jusqu'à environ trois

(1) TERILLON. — Abcès froids ossifluents. *Progrès médical*, 1887.

pouces $\frac{1}{2}$ (anglais) et demi du genou, enveloppant environ la moitié de la circonférence de la cuisse.

L'état général étant mauvais, et étant donnée l'incision qu'il aurait fallu faire, incision qui aurait dû s'étendre depuis l'épine iliaque antéro-supérieure jusqu'au dessus du genou, il me vint à l'idée de chercher s'il n'existait pas un procédé de traitement plus simple, n'exposant pas la malade à cette large ouverture, et il me sembla qu'il convenait d'essayer la ponction aspiratrice simple.

L'abcès fut ponctionné avec une aiguille aspiratrice et, cette première fois, nous retirâmes une grande quantité de liquide qui s'écoula librement jusqu'à ce qu'il se teintât légèrement de sang. Le trocart fut retiré et la petite plaie fut bouchée avec du collodion. La peau, à cet endroit, fut mollassse et un peu œdématiée les jours suivants. Mais la fluctuation et tous les signes de l'abcès avaient disparu.

Au bout d'une quinzaine de jours, l'abcès s'était de nouveau reformé, mais présentait un volume moitié moindre.

Il fut de nouveau ponctionné, mais le liquide, moins abondant, semblait mieux lié.

Nous le ponctionnâmes une troisième et une quatrième fois à intervalle de 10, puis 15 jours.

A la quatrième ponction, aucun liquide ne put s'écouler par la canule et il resta une tuméfaction mollassse, pâteuse, située sur le bord externe de la cuisse et représentant le sixième de l'abcès primitif. Je conclus que ce qui restait était formé par du tissu fibreux enveloppant la cavité primitive. Nous ne doutons pas que si la malade avait voulu demeurer à l'hôpital, c'était la guérison complète sans opération chirurgicale.

OBSERVATION XV

(Résumée.)

(Tirée de l'article de W. BENETT.)

Le malade est un homme actif : ses affaires le forçaient à voyager à travers l'Europe. Enfant, il eut une coxalgie. Aujourd'hui il a près de 50 ans. L'affection fut suivie d'ankylose en mauvaise position.

Il y a vingt ans l'ankylose fut rompue sous anesthésie et la position fut rectifiée. Pendant vingt ans rien à noter de particulier.

J'ai revu ce malade il y a un an environ ; jusque là il s'était très bien porté ; mais, il y a un an, il ressentit dans la hanche une douleur constrictive. A l'examen, les muscles sont contracturés, les mouvements sont douloureux et l'on note, dans la région de la hanche, de la fluctuation ; il existe là un vaste abcès développé sans que le malade s'en soit aperçu.

On traite le malade par la ponction aspiratrice simple, et en cinq semaines, on pratique cinq ponctions.

Pendant trois mois le malade reste étendu.

Aujourd'hui la guérison est réelle et il n'existe plus aucune trace de l'abcès.

OBSERTATION XVI

(Résumée.)

(Tirée de l'article de W. BENETT.)

Femme de 27 ans. A présenté un développement progressif de la hanche gauche. mais ne s'en est pas occupée. Aucune maladie antérieure, s'est toujours bien portée. Le développement de la hanche augmenta peu à peu et acquit les proportions d'une véritable tumeur. Elle ne s'en inquiéta, d'ailleurs, pas, jusqu'au jour, où, après une journée de station debout, elle ressentit une violente douleur dans la hanche.

A l'examen, femme forte et jeune. La hanche gauche est fortement développée ; au-dessus et autour de la région trochanterienne, on remarque une tumeur bien accusée, que tout d'abord l'on pourrait prendre pour un lipome ; mais à la palpation, l'on trouve une fluctuation très nette. On fait le diagnostic d'abcès froid, d'origine trochantérienne, les mouvements de la hanche étant libres.

On lui proposa d'ouvrir largement l'abcès, traitement habituel ; mais elle ne voulut pas y consentir, voulant, qu'auparavant l'on essayât tous les autres moyens possibles. Je pensais alors à employer la ponction simple aspiratrice.

A la première ponction on retira presque un litre de pus. Au bout de quinze jours, l'abcès s'étant reformé fut vidé de nouveau. Dix jours après, troisième ponction. Trois semaines après, une dernière ponction permet de retirer deux petites cuillerées de pus.

Le pus ne se reforme pas et douze mois après il ne restait plus qu'un léger empâtement au voisinage du grand trochanter.

OBSERVATION XVII

(Observation XII de la thèse de WEITZEL, complétée.)

R..., 30 ans, teinturier à Lyon.

Il y a 3 ans environ, le malade ressentit de vagues douleurs dans la jambe gauche, sans pouvoir exactement en préciser le siège. Il fut soigné pour une sciatique, avec de fortes doses de salicylate de soude. Mais les douleurs ne diminuèrent pas et il arriva bientôt à ne plus pouvoir marcher, ni s'appuyer sur sa jambe. Il boitait déjà depuis longtemps et à ce moment il remarqua que sa jambe était raccourcie, en légère flexion, et le pied tourné en dedans.

Au mois de février 1897, apparut, au pli génito-crural, un abcès volumineux. M. le Professeur agrégé Gangolphe, qui le vit alors, diagnostiqua une ostéite du pubis et trouva un point douloureux sur la branche ischio-pubienne. On ponctionna l'abcès et il sortit environ un litre de pus assez épais, blanchâtre. Deux cobayes qui furent inoculés avec le pus, succombèrent avec des lésions de tuberculose généralisée.

Le malade éprouva de suite quelque soulagement après sa ponction. Il garda le lit environ quinze jours, sans immobilisation et reprit ensuite son travail, les mouvements du membre inférieur étant redevenus très libres.

Au bout d'un mois et demi, l'abcès s'étant reformé, on le ponctionna de nouveau. On évacua environ un demi-litre de pus assez clair. Puis il reprit son travail presque immédiatement.

Traitement général : huile de foie de morue, liqueur de Fówler.

Actuellement (novembre 1899), le malade que nous avons revu, ne souffre plus. Il a encore un point douloureux situé sur la branche ischio-pubienne. Il a dans le pli génito-crural un petite tuméfaction de la grosseur d'un œuf. La hanche n'est pas douloureuse, mais pourtant le malade éprouve un peu plus de fatigue dans le membre malade.

Etat actuel (juin 1901). Le malade ne présente plus traces d'abcès. Les douleurs ont à peu près complètement disparu et le malade peut parfaitement se livrer à ses occupations.

OBSERVATION XVIII

(Inédite.)

C..., tisseuse, vue, en 1890, par le docteur M. Gangolphe. A cette époque, la malade présentait un volumineux abcès de la fosse iliaque gauche, descendant jusqu'à la partie antérieure de la cuisse et ayant succédé à des douleurs durant déjà depuis un an et siégeant au niveau des vertèbres lombaires. La malade boitait de la jambe gauche et présentait une ankylose de la hanche remontant à sa jeunesse. La malade avait facilité à s'enrhumer l'hiver, et présentait, surtout la nuit, des sueurs profuses.

Ponction simple. — Il sort près d'un litre de liquide séreux, de couleur verdâtre. La malade est envoyée à la campagne. On lui ordonne de l'huile de foie de morue et de la liqueur de Fowler.

Actuellement : nous avons vu la malade le 28 mai 1901, onze ans après. Bon état général, la malade n'a plus ressenti de douleurs dans la région lombaire, l'abcès a complètement disparu immédiatement après la ponction, et ne s'est plus reproduit depuis. La malade peut se livrer sans peine aux occupations de son métier.

OBSERVATION XIX

(Inédite.)

M. S..., religieuse. Malade vue par M. le Dr M. Gangolphe, en son cabinet, le 4 novembre 1898.

Mère morte tuberculeuse. En 1895, pleurésie du côté gauche ; vers la fin de la même année, la malade éprouva des douleurs dans la jambe droite, surtout intenses après la marche. Ces douleurs durèrent environ une année tout aussi violentes, puis diminuèrent un peu. A ce moment, mai 1898, la malade voit se former un abcès dans la fesse droite. De temps à autre, il se produit, dans cette région, des douleurs lancinantes, surtout violentes quand la malade se couche ou porte la main sur cette région. Etat général médiocre.

Les mouvements du membre inférieur sur le bassin fixé sont libres. Il existe une douleur intense à la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure droite et par le toucher rectal. La malade se présente pour se faire opérer, s on médecin ayant conseillé l'ouverture avec drainage. M. le Professeur agrégé Gangolphe, avant de vouloir opérer cette malade, s'adresse à la ponction. Il la pratique. Il s'écoule plus d'un litre de pus. Pansement. La malade retourne chez elle.

Etat actuel : Il n'a pas été pratiqué d'autre ponction. L'abcès ne s'est pas reformé. La malade a un état général très bon. Toute douleur a, depuis lors, disparu ; il ne lui reste qu'un peu de faiblesse dans la jambe droite, ce qui ne l'empêche pas de faire d'assez longues courses.

OBSERVATION XX

(Inédite.)

Louise J..., 20 ans, sans profession, entrée le 26 novembre 1896, salle St-Martin, lit n° 3, service de M. le Professeur agrégé M. Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Pas d'antécédents héréditaires, père et mère en bonne santé, 10 frères et sœurs bien portants.

Avant 18 ans, pas d'antécédents pathologiques, sauf une incontinence d'urine, lorsqu'il y a trois ans, la malade souffrit d'un grand nombre de points de côté qui semblaient assez mobiles; la malade toussait beaucoup. Cet état dura quatre mois environ, puis la malade se mit à avoir de la leucorrhée (elle n'avait jamais été réglée). Celle-ci dura trois mois. Pendant tout ce temps, la malade continua à tousser, eut des sueurs abondantes la nuit et maigrit beaucoup.

Il y a huit mois, la malade remarqua qu'elle avait une grosseur au genou droit; on lui fit de la révulsion (teinture d'iode et vésicatoires), on lui fit ensuite un silicate; à cette époque, elle était obligée de marcher doucement, la jambe raidie, car la flexion était douloureuse.

Un autre abcès apparut sur le dos du pied gauche, au niveau du bord externe, il y a quatre mois; puis apparition presque simultanée d'abcès semblables en d'autres points: sous le sein gauche, sur le dos de la main droite, au niveau de la crête iliaque gauche, un dernier enfin, plus récent, au niveau de l'épaule droite.

Pas de douleur au niveau de ces abcès; seul le genou a fait souffrir la malade.

Depuis le mois d'août, le malade souffre, au niveau de la nuque, de douleurs lancinantes irradiées vers le front et le sommet de la tête.

Actuellement: au niveau du genou, collection de la grosseur du poing s'étendant sur la face externe du genou, de la partie inférieure du fémur, à la partie supérieure du tibia, nettement fluctuante. Point douloureux au niveau du plateau tibial, autre point sur la face antérieure du condyle fémoral externe. Un peu de raideur dans l'articulation; les mouvements, limités, ne sont pas douloureux. Pas de craquement.

Au niveau du pied gauche: abcès sur la face dorsale, plus superficiel que les tendons. La peau est rouge un peu violacée. Point d'ostéite sur le cinquième métatarsien.

Au niveau de la main droite: abcès de la grosseur du poing, au-dessus du premier espace interosseux; points douloureux au tiers moyen du deuxième métacarpien.

Au niveau du sein gauche, abcès de la grosseur d'un œuf, siégeant dans le sixième espace intercostal. Points doulou-

loureux sur les cinquième et sixième côtes, à 1 centimètre en dedans du mamelon. Les cartilages sont d'ailleurs sensibles à la pression.

Au niveau de la pointe de l'omoplate : abcès. Points douloureux au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales.

Dans la région lombaire on trouve une grosse poche. Pas de points douloureux bien nets, douleur diffuse au niveau de la colonne lombaire.

Au niveau de la colonne vertébrale :

Douleur diffuse avec un peu de saillie au niveau de la colonne lombaire.

Point douloureux, au niveau des troisième et quatrième dorsales.

Point douloureux au niveau des troisième et quatrième cervicales.

Fonctionnellement : la malade soulagée au repos complet, souffre de tous les mouvements de la colonne. Dans tous les mouvements, la malade tient sa tête avec ses deux mains et immobilise son cou ; la pression sur le vertex est douloureuse. Etat général médiocre, la malade a beaucoup maigri, ne pèse que 43 kilos. Elle tousse un peu.

Aux poumons, respiration rude aux deux sommets, quelques craquements au sommet gauche.

Au cœur, rien d'anormal.

Un peu d'albumine dans les urines.

Ponctions plusieurs fois répétées des différents abcès. On obtient l'immobilisation du cou, grâce à une minerve plâtrée, qui soulage immédiatement la malade et lui permet de dormir. On place la malade dans une gouttière, et on lui donne le régime général : huile de foie de morue, liqueur de Fowler.

La malade sort de l'hôpital au bout de 7 mois 1/2, le 13 juillet 1897, parfaitement guérie et pesant 63 kilos, c'est-à-dire 20 kilos de plus qu'à l'entrée. Depuis, elle n'a jamais ressenti aucune douleur. Aucun de ses abcès ne s'est reformé.

Six mois après sa sortie de l'hôpital, la malade se plaçait comme femme de chambre, et depuis lors, peut remplir les obligations de sa profession sans difficulté. La guérison s'est maintenue jusqu'à ce jour c'est-à-dire depuis quatre ans.

• OBSERVATION XXI.

(Inédite.)

C... Antoine, tailleur, 25 ans, salle Ste-Marthe, lit n° 21, service de M. le Professeur agrégé Gangolphe, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu.

Père et mère vivants, ne toussant pas. Quatre frères ou sœurs bien portants. Il a été ajourné pendant trois ans au service militaire, ayant 1 m. 53 de taille.

Pas de maladies antérieures. Il n'est pas sujet à s'enrhumer.

Il y a un an et demi, le malade commença à éprouver de la douleur dans les reins, s'exagérant nettement quand le malade se baissait pour ramasser un objet par terre. Néanmoins, le malade continua son métier de tailleur. Au mois d'août 1896, la douleur devint très vive, et le malade appliqua un vésicatoire sur la région lombaire. Quand le malade se fléchissait ou se relevait, la douleur était exaspérée et s'irradiait en ceinture.

Actuellement, 15 décembre 1896, en pressant successivement sur les apophyses épineuses, depuis la portion cervicale de la colonne vertébrale jusqu'à la région sacrée, le malade n'éprouve pas de douleurs, même dans la région lombo-sacrée où il souffrait auparavant. Lorsque le malade se baisse, il se tient raide, mais dit qu'il ne souffre point dans la colonne vertébrale pendant ce mouvement. Il souffre dans l'aine.

Les mouvements de l'articulation de la hanche sont libres et s'exécutent sans douleur. On voit, dans la région de la fosse iliaque gauche, une tuméfaction. La peau a sa coloration normale. A la palpation, la région n'est pas chaude, elle est dure, tendue. On sent de la fluctuation. La perception de cette sensation est gênée par la tension de la poche. En plaçant une main au-dessus de l'arcade de Fallope et l'autre au-dessous, et en pressant alternativement avec l'une et avec l'autre, les mains ne paraissent pas se renvoyer le liquide.

Si l'on cherche à se rendre compte du volume de la poche, on sent que celle-ci s'étend jusqu'à la ligne médiane; elle paraît en haut dépasser l'ombilic.

Le malade n'éprouve pas de douleur à la pression. Il ne s'est aperçu de cette tumeur qu'il y a cinq jours, au moment où il consultait un médecin du Péage de Roussillon.

16 décembre 1896. — Ponction simple: il sort environ un litre d'un liquide grumeleux jaunâtre.

23 décembre 1896. — L'abcès est reformé. Deuxième ponction, le liquide est moins abondant et moins grumeleux.

11 janvier 1897. — Le malade sort de l'Hôtel-Dieu. Il ne reste que de l'empâtement dans la région iliaque. Pas de fluctuation.

4 février 1897. — Le malade rentre à l'Hôtel-Dieu, l'abcès s'est reformé. Nouvelle ponction (c'est la troisième), le liquide peu abondant est visqueux, séreux, ne contient plus de grumeaux, et indique ainsi que l'abcès est en voie de guérison. Le malade sort de l'hôpital deux jours après.

Depuis, l'abcès ne s'est plus reformé, le malade ne souffre plus du tout, et, en mai 1901, c'est-à-dire plus de trois ans après, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XXII

(Inédite.)

Garçon, 17 ans, soigné à l'hôpital de la Croix-Rousse, service de M. le Dr M. Gangolphe, pendant l'été 1894, pour une coxalgie non supprimée. On lui fait un silicate. Guérison au bout de deux ans.

Quatre ans plus tard, on trouve un abcès développé au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure et s'étendant le long de la face externe de la cuisse. L'épine iliaque antéro-supérieure est douloureuse à la pression. L'abcès n'a aucun rapport avec l'ancienne coxalgie. Le membre est ankylosé, en bonne position.

Deux ponctions simples débarrassent le malade de son abcès. La guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui.

OBSERVATION XXIII

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé M. GANGOLPHE.)

Ouvrier serrurier, 40 ans, soigné salle St-Louis, en 1897. Le malade entre à l'hôpital, pour une tuméfaction, siégeant sur la partie antérieure de la quatrième côte et empiétant sur la face antérieure du sternum. Cette tuméfaction est nettement fluctuante. Par la pression sur la côte, on détermine une douleur assez vive. Etat général satisfaisant. On pratique, à différents intervalles, trois ponctions simples. La dernière donne issue à un demi-verre de pus, liquide, séreux, citrin. Après cette ponction, l'abcès ne se reforme pas et le malade sort de l'hôpital, guéri.

Le malade est revu pendant l'hiver 1901. Depuis quatre ans, la guérison s'est maintenue. On trouve au niveau de l'ancien abcès, une tuméfaction de la grosseur d'une petite noix très dure, fibreuse.

OBSERVATION XXIV

(Inédite.)

Jeune homme, 25 ans, soigné, pendant l'hiver 1898, salle Ste-Marthe, service de M. le Professeur agrégé M. Gangolphe.

Le malade entre pour des douleurs le long du trajet du sciatique gauche, douleurs qui sont exagérées par la marche et qui durent depuis environ trois mois. Il y a un mois, le malade vit se former, dans la fesse, une tuméfaction qui augmenta peu à peu et a, aujourd'hui, le volume du poing. La tuméfaction est nettement fluctuante.

Les mouvements du membre inférieur sur le bassin fixé, sont libres. Il existe une douleur intense à la pression, au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure droite. Le toucher rectal est douloureux. Etat général médiocre.

On porte le diagnostic d'abcès ossifluent dépendant d'une lésion tuberculeuse sacro-iliaque.

On pratique deux ponctions. L'abcès disparaît.

La guérison a été constatée pendant cet hiver, 1901. Le malade peut faire d'assez longues courses sans se fatiguer.

OBSERVATION XXV

(Inédite.)

Homme, 30 ans, salle Ste-Marthe (service de M. le Professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu), se présente avec un mal de Pott dorsal, accompagné de deux abcès, l'un à droite, en bissac, siégeant dans la fosse iliaque et à la partie supérieure de la cuisse ; l'autre à gauche encore pelvien. Le malade présente des phénomènes d'irritation médullaire, crampes et fourmillements dans les jambes, exagération des réflexes rotuliens, trépidation épileptoïde ; présente aussi de la rétention d'urine.

Le malade est immobilisé dans une gouttière pendant un an. L'abcès gauche est trop profond pour être ponctionné. L'abcès droit est ponctionné par trois fois à longs intervalles. Chaque fois, on retire un verre de pus qui, grumeleux les deux premières fois, devient limpide et séreux la dernière. La guérison est complète. L'abcès gauche s'est résorbé de lui-même. On fait porter au malade un corset feutré.

Le malade s'est placé comme cocher. La guérison s'était maintenue au bout d'un an.

OBSERVATION XXVI

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé GANGOLPHE.)

M..., jeune fille, 16 ans, 1895.

La malade présente un mal de Pott lombaire, siégeant au niveau des parties latérales de la colonne. Pas de gibbosité. Gêne

dans les mouvements. Douleur à la pression. La malade présente un abcès iliaque volumineux. On pratique trois ponctions simples. La malade est immobilisée, puis on lui fait porter un corset feutré pendant deux ans. Au bout de ce temps la guérison est complète.

La guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui.

OBSERVATION XXVII

(Inédite.)

T.-B. . . , Pierre, de race nègre, 38 ans, mécanicien, salle Ste-Marthe, n° 29, service de M. le professeur agrégé M. Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Père mort, soldat au siège de Paris, en 1870; mère morte à 69 ans au Sénégal, femme morte d'accident. N'a jamais été malade; lors de son service militaire, dans les équipages de la flotte, il y a une quinzaine d'années, il éprouva des douleurs dans les articulations; on lui fit prendre du salicylate de soude.

Il y a huit mois, il ressentit une vive douleur dans les articulations de l'épaule et du coude, puis dans la jambe droite et enfin le long de la colonne vertébrale. Toute la ceinture lui faisait mal.

Il y a une quinzaine de jours, l'articulation de la hanche gauche commença à gonfler et à devenir douloureuse, la marche devint impossible.

Actuellement, la hanche présente une énorme déformation.

Fluctuation très nette dans la région postérieure de la hanche. Le malade signale un point douloureux en arrière du grand trochanter, les mouvements sont absolument impossibles. La colonne vertébrale ne présente pas de points douloureux.

Le malade ne tousse pas. Bonne santé habituelle.

Pas d'albumine dans les urines.

20 janvier 1897. — Ponction, injection d'huile iodoformée.

26 janvier. — Douleur au même point, fluctuation profonde. L'abcès semble s'être reformé. Ponction, injection d'huile iodoformée,

30 janvier. — Ponction suivie d'injection.

13 février. — Quatrième ponction. Il sort un peu plus de 1/2 litre de pus, injection d'huile iodoformée.

23 février. — Cinquième ponction.

22 mars. — Sixième ponction.

L'abcès ne se reforme plus. Le malade part pour Longchêne.

Novembre 1897. — Le malade rentre dans le service pour une collection siégeant au niveau de la cuisse gauche sur la face externe.

28 novembre. — Ponction simple.

11 décembre. — Ponction simple.

17 décembre. — Troisième ponction.

31 décembre. — Quatrième ponction. Le pus devient séreux.

Il sort de l'hôpital le 3 janvier. L'abcès ne s'est pas reformé.

Vu quelque temps après, le malade va bien et repart pour le Sénégal.

OBSERVATION XXVIII

(Inédite.)

P..., Louis, cultivateur, salle Ste-Marthe, n° 2, service de M. le Dr Gangolphe.

Aucun antécédent héréditaire. Père et mère vivants. Son père présente depuis quelques années une maladie d'estomac.

Il y a quatre mois, le malade ressentit des douleurs sciati-ques du côté droit. Il y a quatre semaines, une tuméfaction apparut dans la région fessière droite. Elle fut ponctionnée. Il s'en écoula une grande quantité de pus.

Aujourd'hui, 14 avril 1901, le malade rentre à l'hôpital présentant une nouvelle tuméfaction siégeant dans la fosse iliaque droite, ayant le volume d'une petite mandarine. Elle est facilement perçue par la palpation dans la fosse iliaque; la fluctuation est très nette.

La collection fessière a complètement disparu. On sent encore à ce niveau le trajet de la ponction sous forme d'un cordon fibreux.

Au point de vue fonctionnel, les mouvements articulaires de

la hanche sont libres. Flexion, extension, adduction s'accomplissent sans difficulté. L'abduction est cependant un peu gênée.

Le toucher rectal fait percevoir un point douloureux, siégeant vers la concavité sacrée.

L'état général est bon. Le malade n'a jamais toussé. Au poumon à droite, submatité au sommet, craquements sec-inspiratoires; à gauche, respiration saccadée, inspiration rude, pas de râles.

Le 20 avril, première ponction de l'abcès. Issue d'un pus blanchâtre, grumeleux, mal lié.

Le 6 mai, le malade raconte que l'abcès iliaque, reformé les jours qui ont suivi la première ponction, semble avoir diminué ces derniers jours; la fluctuation étant très nette, on le ponctionne. Il s'écoule un quart de litre de liquide verdâtre, séreux, présentant tous les caractères du pus d'un abcès tuberculeux tendant vers la guérison.

Le 10 mai, l'abcès ne s'est pas reformé, la région cependant est encore empâtée. Le malade quitte l'hôpital.

Le 27 mai, le malade revient à l'hôpital se faire examiner. L'abcès iliaque a complètement disparu, il ne reste à sa place qu'un noyau dur de la grosseur d'une petite noix.

Le 5 juillet, le malade vient à l'hôpital se faire voir. La fosse iliaque droite est douloureuse à la pression profonde, mais il n'y a plus ni empatement, ni tuméfaction.

OBSERVATION XXIX

(Inédite.)

Ant. D..., 29 ans, cultivateur. Salle Sainte-Marthe, n° 36. Service de M. le Dr Gangolphe.

Antécédents héréditaires : Père mort d'affection inconnue. Deux frères, morts l'un de la variole, l'autre d'une méningite (au dire du malade); mère rhumatisante.

Antécédents personnels. Pas de maladies graves jusqu'il y a cinq ans. Ni éthylisme, ni syphilis. Il y a cinq ans, douleurs dans la hanche et, dans le genou gauche. Quelque temps après,

bronchite qui dure un mois, puis, pleurésie à gauche. Les douleurs se sont un peu calmées, elles ont cependant persisté légèrement dans la hanche. Il y a cinq mois, douleurs sciatiques. Le malade entre le 20 septembre dans le service de M. le Professeur Lépine, où il est traité pour une sciatique.

Le 20 novembre 1900, on le fait passer en chirurgie, il entre salle Sainte Marthe.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs. La jambe est en hémiflexion sur la cuisse et celle-ci en hémiflexion sur le bassin. Le membre inférieur est en rotation en dehors. C'est là la position habituelle. Si le malade s'endort, le membre en rectitude, il est réveillé en sursaut par des secousses douloureuses débutant sur la face antéro-interne de la cuisse et semblant faire le tour de la hanche. La douleur existe sur tout le trajet du sciatique. Le point trochantérien est seul bien indiqué. La pression sur le trochanter est douloureuse.

La région inguino-crurale est tuméfiée. On sent une fluctuation nette à la région antéro-externe de la cuisse. On sent quelques petits ganglions.

Au mois de janvier, on fait une ponction simple. Il sort environ 250 grammes de pus grumeleux, jaune grisâtre. Le malade, depuis son entrée, a été immobilisé.

1^{er} mai. La fluctuation s'est reproduite, cependant elle semble beaucoup moins abondante. On fait une deuxième ponction. Le malade est amené à la salle de pansement. La peau est rasée et lavée à l'eau et au savon, à l'alcool et au sublimé. Asepsie des mains du chirurgien. Asepsie du trocart, qui est celui de l'appareil Potain. Le trocart est enfoncé obliquement dans l'abcès. Il ne s'écoule que quelques gouttes de pus épais et verdâtre.

L'examen bactériologique de ce pus, fait au laboratoire de bactériologie de la Faculté, indique la présence de très rares bacilles de Koch.

20 mai. Il n'y a plus de fluctuation. Il ne reste qu'un léger empatement.

8 juin. L'empatement a complètement disparu. L'abcès est guéri.

OBSERVATION XXX

(Inédite.)

R..., Baptiste, 24 ans, maréchal-ferrant. Salle Sainte-Marthe, service de M. le Professeur agrégé Gangolphe.

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Le malade a eu une fièvre muqueuse à l'âge de 3 ans et à 17 ans la scarlatine, mais se serait, en dehors de ces deux maladies, toujours bien porté. Il put dès l'âge de 13 ans travailler avec son père comme maréchal-ferrant. Il fit un an de service militaire sans maladie. Environ deux mois après sa sortie du régiment, il fut pris d'un léger mal de rein localisé au niveau de la deuxième ou troisième lombaire et qui dura deux à trois jours; on était alors en hiver, le malade se mit à tousser et présenta une expectoration jaunâtre abondante. Il eut alors une hémoptysie (le malade aurait craché un verre environ de sang). La toux dura un mois, puis cessa, l'appétit revint et le malade resta un an à se porter très bien, sans aucune douleur ni aucune gêne dans les mouvements de la colonne vertébrale.

Il y a un an, le malade eut en rentrant de nuit à la maison, une sensation de froid et des frissons. Il se coucha et fut soudainement réveillé par une douleur très vive, siégeant au niveau de la région lombaire, au point où il avait souffert auparavant, et s'irradiant dans l'abdomen. Cette douleur dura une heure et disparut aussi subitement qu'elle était venue. La région n'offrait aucune modification à l'examen, n'était pas douloureuse à la palpation. Le malade pouvait facilement se baisser mais avait une grande difficulté à se redresser. En même temps que ces symptômes douloureux apparurent, le malade présenta des troubles de la miction et de la défécation. Il eut une légère rétention d'urine et ne pouvait aller à la selle qu'à l'aide de lavements. Il présenta également des troubles moteurs des membres inférieurs, consistant en une légère faiblesse des jambes.

Une crise douloureuse se reproduisit la nuit suivante à peu près à la même heure et localisée au même endroit. Cela se répéta chaque nuit pendant une huitaine de jours. Le malade

put cependant continuer son métier de maréchal-ferrant pendant cette première semaine, mais avec une difficulté de plus en plus grande, en raison de la peine qu'il avait à se redresser après s'être baissé.

L'état général restait bon, l'appétit normal, pas d'affection pulmonaire concomitante.

Au bout de huit jours, les crises douloureuses devinrent plus fréquentes et se répétèrent plusieurs fois dans la même journée, en devenant de plus en plus longues. Cet état dura environ trois semaines; on appliqua alors des vésicatoires et des pointes de feu au niveau de la région lombaire. On obtint un soulagement immédiat; les crises douloureuses disparurent, et le malade garda seulement de la difficulté à se redresser, une attitude spéciale dans la marche due à la rigidité de la colonne et une grande faiblesse dans les jambes. Les troubles de la miction et de la défécation disparurent complètement. Il put reprendre son travail en l'interrompant seulement de temps à autre pour se reposer, et huit mois se passèrent sans aucun incident.

Il y a un mois et demi, le malade vit se produire une tuméfaction au niveau de la hanche gauche et à la partie supéro-interne de la cuisse. Cette tuméfaction apparut très rapidement, se développa en trois ou quatre jours, sans être annoncée par aucune douleur. Il n'y eut aucun signe d'inflammation à ce niveau; à la palpation, on reconnaît de la fluctuation. La collection est réductible dans l'abdomen; aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée par la pression.

Le membre inférieur gauche ne présente pas d'attitude anormale; pas de douleurs sciatiques, pas de signe de Lasègue. L'articulation de la hanche semble intacte; les mouvements de la cuisse n'y réveillent aucune douleur.

Actuellement, 19 décembre 1899, on reconnaît à l'inspection de la colonne vertébrale, des dépressions nettes, correspondant aux apophyses épineuses des 9^e et 11^e vertèbres dorsales. La colonne présente aussi, à ce niveau, une courbe légère à concavité dirigée à gauche. Le malade dit n'avoir jamais ressenti aucune douleur en ces points, mais localise les douleurs qu'il ressentait, au niveau de la deuxième et de la troisième lombaire où on ne trouve aucune déformation.

Au point de vue fonctionnel, il existe encore aujourd'hui une rigidité très marquée de la colonne vertébrale; les mouvements de flexion n'existent presque qu'à la région cervicale. Cette rigidité ne s'accompagne pas de douleurs, ni spontanément, ni à la pression.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. Pas de trépidation épileptoïde. L'état général est bon. A l'auscultation on ne trouve rien aux poumons, à part un rythme légèrement saccadé de la respiration. Le malade n'accuse pas de troubles digestifs, ne présente pas de sueurs nocturnes.

Au cuir chevelu, on observe plusieurs plaques de pelade.

23 décembre 1899. — 1^{re} ponction : il s'écoule une grande quantité de pus grumeleux.

31 décembre 1899. — 2^e ponction.

2 janvier 1900. — Le malade sort de l'hôpital. Il revient le 10, l'abcès étant reformé.

10 janvier 1900. 3^e ponction. Le liquide en moindre abondance est devenu moins grumeleux. Le malade sort le lendemain.

Deux ou trois jours après, le malade se préparant à revenir à Lyon, s'aperçoit qu'une des piqûres de ponction est rouge, il enlève d'un coup d'ongle la croûte. Il s'écoule une certaine quantité de liquide, puis au bout d'un mois la plaie se cicatrise. Pendant un an, alternatives d'ouverture et de fermeture de l'abcès, la jambe gauche étant le siège de douleurs, quand l'abcès doit s'ouvrir.

Aujourd'hui l'abcès est complètement cicatrisé, la peau est déprimée, et cela depuis environ trois mois; la jambe n'est plus douloureuse, le malade peut accomplir parfaitement son travail. Il a bon appétit, prend régulièrement de l'huile de foie de morue, et a engraisé depuis l'an dernier de 16 kilos.

La guérison a été obtenue dans tous les cas que nous publions. Dans l'observation XIV, cependant, la guérison n'était pas complète, quand la malade quitta l'hôpital. La dernière ponction avait été une ponction blanche, et il restait une tuméfaction de volume moitié moindre que le volume primitif, de

sensation mollassse, pseudo-fluctuante. L'on peut se demander si cette tuméfaction n'était point due à la présence des masses caséeuses, qui, dans la suite, auraient pu se liquéfier. Cette observation doit, cependant, être considérée comme étant un cas d'amélioration notable.

Dans tous les autres cas, la guérison a été obtenue. Il n'y eut jamais formation de fistules, sauf dans les observations XIII et XXX. L'observation XXXII pourrait être considérée, jusqu'à un certain point, comme un insuccès, nous pensons, cependant, que, si le malade, plus patient, avait laissé continuer le traitement par la ponction simple, on aurait pu obtenir aussi la guérison.

La guérison s'était maintenue au bout d'un an dans l'observation V. Dans les observations tirées de la thèse d'Etienne, les abcès ne s'étaient pas reformés au bout d'un temps variant de deux à quatre ans. Dans les observations XV et XXIX, les abcès ne s'étaient pas reformés au bout de deux mois. Il en est de même pour le premier abcès de l'observation XXVIII. Les malades des observations XVI et XXV étaient encore guéris au bout d'un an. La guérison s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui, dans tous nos autres cas, et cela depuis plus de deux ans, dans les observations XIII, XIX, XXII, plus de trois ans, dans l'observation XXIV, plus de quatre ans, dans les observations XVII, XX, XXI et XXII. Six ans se sont déjà écoulés depuis que la malade de l'observation XXVI a été ponctionnée, la guérison s'est bien maintenue. Enfin la guérison s'est maintenue,

depuis onze ans, chez la malade de l'ob. XVIII.

Le malade de l'observation XXVIII guérit successivement de deux abcès. La guérison s'est maintenue depuis trois mois pour le premier. Du second, il ne reste rien au bout d'un mois.

La guérison a été obtenue au bout d'un nombre variable de ponctions, suivant les cas, et si, dans les observations V, XI, XVIII, XXVIII (pour le premier abcès), une seule ponction a suffi pour amener la guérison, dans l'observation VIII, neuf ponctions ont été nécessaires.

Dans les abcès se développant vers le déclin d'une lésion osseuse, dans les abcès dont le contenu a subi la transformation séreuse, une seule ponction suffit d'ordinaire pour amener la guérison. Elle agit alors, en débarrassant l'organisme d'une masse de liquide quelquefois considérable et que son volume seul empêche d'être résorbé.

Au contraire, quand l'abcès est en pleine voie de progression, alors que le processus tuberculeux envahit de proche en proche les tissus voisins environnant la lésion osseuse, la ponction simple demande à être répétée plusieurs fois si l'on veut obtenir la guérison. Elle agit en débarrassant l'organisme de produits inutiles, et surtout, par le vide qu'elle produit dans la cavité de l'abcès, elle fait pénétrer dans l'intérieur de celui-ci une certaine quantité de lymphe et de sérum sanguin, ce qui a le double avantage de dissoudre les produits tuberculeux caséifiés et d'agir sur les tubercules par le pouvoir bactéricide du sérum sanguin.

CHAPITRE IV

Parallèle de la ponction simple et de la ponction suivie d'injection modificatrice.

C'est en 1841 que Lugol, le premier, chercha à modifier les abcès tuberculeux, en injectant dans leur intérieur de la teinture d'iode. Von Mosetig Moorhof, en 1883, fit suivre la ponction des abcès tuberculeux d'une injection iodoformée, il se servait d'huile iodoformée. C'est à l'éther iodoformé que Verneuil (1) donne la préférence; d'autres, en particulier Brodwitz (2), emploient la glycérine iodoformée. Ils furent principalement suivis dans cette voie par Lannelongue (3), Kirmisson (4)...

(1) VERNEUIL. — Injection d'éther iodoformé dans les abcès froids. *Revue de Chirurgie*, 1885.

(2) BRODWITZ. — Traitement des affections tuberculeuses des os et des articulations par l'injection de glycérine iodoformée. *Deutsch. Zeitsch. für Chirurgie*, Bd XXXV.

(3) LANNELONGUE. — Du traitement des tuberculomes. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1899.

(4) KIRMISSON. — Sur deux cas d'abcès froids volumineux guéris par l'injection d'éther iodoformé. *Gaz. hebdomadaire*, 5 mai 1886.

— Bons effets des injections iodoformées dans les abcès du mal de Pott. Congrès français de Chirurgie, 1894, Lyon.

KIRMISSON et ARDOUIN. — Traitement conservat. des tuberculoses osseuses et articulaires. *Revue d'orthopédie*, 1897.

Aujourd'hui, l'iodoforme, quelle que soit d'ailleurs la forme sous laquelle on l'emploie, et le naphтол camphré, principalement préconisé par Ménard (1) et ses élèves, Mlle Bouet (2) et Bergugnat (3) se partagent la faveur des chirurgiens qui emploient la ponction suivie d'injection modificatrice.

A côté de ces substances, il en est d'autres moins universellement employées, tels le vin aromatique (Bonnet), le baume du Pérou (Senn) (4), la glycérine formalinée (Hahn de Mayence) (5), le sérum oxygéné, l'acide phénique, le chlorure de zinc....

Les avantages généraux de la ponction simple et de la ponction suivie d'injection modificatrice sont les mêmes, c'est d'une part la simplicité de l'opération, c'est d'autre part la facilité que l'on a de soigner les malades hors des hôpitaux, où ils viennent pour se faire simplement ponctionner et d'où ils repartent le lendemain ou le surlendemain du jour où ils ont subi cette petite opération.

Les résultats sont à peu près les mêmes que l'on emploie la ponction simple ou la ponction suivie d'injection modificatrice. Dans les deux cas on peut

(1) MÉNARD. — Traitement des abcès tuberculeux du mal de Pott par les injections de naphтол camphré. Congrès français de Chirurgie, Lyon, 1894.

— Coxalgie tuberculeuse, 1895.

(2) Mlle BOUET. — Du traitement des abcès tuberculeux du mal de Pott et de la coxo-tuberculose. Thèse Paris, 1894.

(3) BERGUGNAT. — Guérison de la coxalgie. Thèse Paris, 1900.

(4) SENN M.-N. (de Milwaukee). — Du traitement de la tuberculose osseuse et articulaire. Congrès des Médecins et Chirurgiens américains. Washington, 1891.

(5) HAHN (de Mayence). — Du traitement des abcès tuberculeux par la glycérine formalinée. *Semaine Médicale*, 1899.

évaluer à 80 % des malades soignés, ceux qui guérissent (Bruns) (1). Le nombre des ponctions simples nécessaires pour obtenir la guérison est à peu près le même que celui des ponctions suivies d'injection.

Nous rappelons l'observation XXVII, qui nous montre un malade successivement porteur de deux abcès différents. Dans le traitement du premier abcès on se servit d'injections de glycérine iodoformée. Six ponctions suivies d'injections furent nécessaires pour obtenir la guérison, et le traitement dura deux mois. Pour le second abcès quatre ponctions simples suffirent pour obtenir la guérison. Le traitement dura un mois et demi environ. Cependant dans quelques cas, la ponction suivie d'injection modificatrice semble donner des résultats plus rapides que la ponction simple.

Mais, si les avantages généraux et les résultats des deux opérations sont à peu près les mêmes, la bénignité n'en est pas comparable. Avec la ponction simple aucun danger. Nous allons chercher à faire voir les inconvénients et les dangers que présentent les injections modificatrices, mais nous n'étudierons cependant que les deux plus importantes : c'est-à-dire celle d'iodoforme, sous quelque mode qu'on l'emploie, et celle de naphthol camphré.

Commune aux deux est la possibilité de provoquer des intoxications et quelles que soient les

(1) BRUNS. — Dix-neuvième congrès des chirurgiens allemands. Berlin, 1900.

doses qu'on emploie, il existe parfois des idiosyncrasies impossibles à connaître avant que l'intoxication se soit produite. Les intoxications produites par le naphthol camphré sont rapportées par Mlle Kohan (1), qui sur vingt cas traités de cette manière vit se produire trois cas d'empoisonnements graves, dont l'un se termina par la mort. Et Bergognat, un de ceux-là mêmes qui préconisent les injections de naphthol camphré, rapporte avoir observé quatre cas d'intoxication en deux ans, ce qui prouve que ce fait, quoique rare, est loin d'être exceptionnel. Les accidents consistent en convulsions et attaques épileptiformes. « Il suffit d'une très petite quantité, dit-il, de telle sorte qu'avec les petites doses on risque tout aussi bien d'avoir des accidents qu'avec les grandes. Beaucoup de chirurgiens en ont fait une question de doses. Il semblerait plutôt que ce soit la rapidité de l'absorption de médicament, sa diffusion dans le courant circulatoire qui provoque l'intoxication. »

Quant à l'iodoforme, les dangers d'intoxication sont encore plus grands avec lui et les empoisonnements sont encore plus fréquents. Même en l'employant en pansement à la surface des plaies, on a vu se produire des intoxications. Celles-ci sont encore plus fréquentes quand on l'injecte à l'intérieur d'une cavité close. L'éther iodoformé a pu produire la mort immédiatement après avoir été injecté. Tel le fait suivant.

(1) Mlle KOHAN, Contribution à l'étude des abcès froids, Thèse Paris, 1893.

OBSERVATION XXXI

(Inédite.)

(Due à l'obligeance de M. le Dr M. Gangolphe.)

Malade porteur d'un abcès iliaque succédant à un mal de Pott, envoyé en convalescence à Longchêne. L'abcès s'étant reformé, le médecin d'Oullins, chargé du service des convalescents, pratiqua une ponction suivie d'injection d'éther iodoformé. La mort eut lieu séance tenante.

L'intoxication due à l'iodoforme se traduit par des vomissements, par une anorexie très marquée, par des troubles nerveux : délire, hallucinations, mouvements convulsifs. La mort peut en être le résultat. A cette intoxication pure s'ajoute l'intoxication par l'éther, si l'on se sert d'éther iodoformé. Dollinger (1), en 1889, obtint une anesthésie profonde à la suite d'une injection. Il en est de même dans les cas de Houzel et Peyrot (2) : la malade de Houzel resta endormie deux heures.

L'on a reproché à l'éther iodoformé de provoquer le sphacèle de la peau (Mignon) (3). Le fait est réel et facile à comprendre si l'on se rappelle que l'éther, une fois introduit dans la cavité de l'abcès, se volatilise, que la tension de la poche augmente dans des proportions considérables, pouvant amener la rup-

(1) DOLLINGER. — *Centralblatt für Chirurgie*, 1889.

(2) PEYROT. — *Société de Chirurgie*, 27 juin et 4 juillet 1886.

(3) MIGNON. — *Archives de Médecine et Pharmacie militaires*, 1887.

ture de la poche. L'inflammation est souvent, d'autre part, excessivement vive. Elle peut souvent s'accompagner de fièvre intense. Cette tension de la poche pouvant aboutir à la rupture, nous explique le rejet par vomique d'une injection d'éther iodoformé faite dans un volumineux abcès du mal de Pott, fait qui s'est produit dans le cas de Rémy (1), dont le malade guérit, d'ailleurs, dans la suite.

Ces accidents ne sont point à craindre avec les autres substances modificatrices, cependant leur emploi est cause, dans certains cas, de la formation de fistules, souvent temporaires, il est vrai; elles sont dues soit à l'état de la peau déjà prête à s'ulcérer lors de la ponction, soit à la répétition trop fréquente des injections modificatrices. Ces faits se rencontrent aussi avec la ponction simple; ce sont les insuccès de la méthode des ponctions. D'ailleurs ces fistules guérissent, en général, assez facilement, comme l'a montré Mlle Bouet, à l'inverse des fistules qui succèdent à l'ouverture large, soit spontanée, soit chirurgicale, des abcès ossifluents.

En dehors de ces dangers, communs à toutes les injections modificatrices, les solutions iodoformées présentent un autre inconvénient sérieux, c'est d'être douloureuses. Cela est surtout vrai pour l'injection d'éther iodoformé; la douleur provoquée par la tension de la poche de l'abcès, tension produite par la vaporisation de l'éther, est tellement vive

(1) REMY. — Abcès par congestion. Écoulement par la bouche d'un liquide injecté dans la cuisse. — *Journal de clinique et thérapeutique infantiles*, 1896.

parfois, que certains chirurgiens qui emploient cette substance, ont conseillé soit de laisser s'écouler une certaine quantité de solution par l'orifice de la ponction, soit de piquer en plusieurs endroits l'abcès avec des aiguilles tubulées, de façon à laisser s'échapper les vapeurs d'éther. Un certain nombre de chirurgiens l'ont abandonné pour cette raison, et se servent soit d'huile, soit de glycérine iodoformée, dont l'injection, à leur dire, ne serait pas douloureuse. Cependant Arens (1) prétend que l'injection d'huile iodoformée est quelque peu douloureuse.

Enfin, toutes les injections d'iodoforme, quel que soit le véhicule que l'on emploie, sont souvent la cause d'une augmentation ou de la production de la fièvre chez le malade.

Sans vouloir nier qu'avec les injections modificatrices et en particulier avec les injections iodoformées, l'on obtient des succès brillants, dans ces conditions, il nous semble que l'on doit avoir surtout recours à la ponction simple dans le traitement des abcès ossifluents. Les avantages qu'elle présente sur la ponction suivie d'injections modificatrices sont l'absence de douleur, d'intoxication et de sphacèle. C'est à elle que l'on peut appliquer à juste titre ce que Verneuil disait avec moins de raison, peut-être, de l'injection d'éther iodoformé : « Efficacité, bénignité, simplicité ».

(1) A. ARENS.—Les injections d'huile iodoformée dans la tuberculose articulaire, des os, et des parties molles. (*Beitr. zur Clinis, Chirurgie*, 1891).

CHAPITRE V

Parallèle de la ponction simple et de l'ouverture large des abcès ossifluents

Jusqu'au jour où l'antisepsie fit son apparition, l'ouverture large des abcès ossifluents ne donna que des résultats malheureux, les malades mourant des complications septiques qui s'abattaient sur la plaie opératoire. Lorsqu'apparut l'antisepsie, l'on crut trouver en l'ouverture large, le traitement de choix des abcès par congestion. Les résultats ont montré qu'il n'en était rien, ce que nous allons rapidement faire voir.

Sous le nom d'ouverture large, l'on peut comprendre deux procédés thérapeutiques légèrement différents. Dans l'un on se contente d'ouvrir largement la collection purulente et d'en faire le drainage. C'est le procédé autrefois préconisé par Chassaignac. On le complète, parfois, par un léger grattage des parties molles avoisinant l'abcès.

Dans l'autre, que l'on peut appeler curettage inté-

gral (c'est le nom que Calot lui donnait dans les abcès de la coxalgie), on se propose, l'abcès étant largement ouvert, de détruire ou d'extirper tous les tissus pathologiques, et cela en pratiquant des opérations osseuses, variables suivant les cas, telles que résections, le plus souvent atypiques, évidements trépanations, etc. Aujourd'hui, en France, cette méthode n'est plus employée dans les volumineux abcès du mal de Pott et de la coxalgie. M. le Professeur agrégé Vincent en reste un des rares partisans et prétend, à propos du traitement du mal de Pott, que l'on doit ouvrir les abcès, s'ils sont volumineux, et, par cette voie, aller soit cureter, soit extirper les parties cariées des vertèbres. Il complète son opération par un drainage. Calot, à une certaine période de sa vie médicale, vers 1893, complétait l'opération des abcès de la coxalgie par la suture immédiate des parois de la cavité laissée par l'extirpation de l'abcès et le curettage des parois osseuses. Cette méthode est exposée dans la thèse de l'une de ses élèves, Mlle Kohan.

Un certain nombre de chirurgiens sont restés partisans de cette méthode, mais seulement dans les abcès dépendant d'une lésion d'un os long ou d'une ostéite costale.

Quels sont les inconvénients de ces méthodes ? Mais, d'abord, pourquoi ouvrir largement les abcès ossifluents ? On a prétendu qu'en ouvrant largement on facilitait l'écoulement du pus et qu'on abrégait ainsi la durée du traitement. M. Vincent reconnaît lui-même qu'après l'ouverture large, même accom-

pagnée de curetage et de résection, la suppuration persiste souvent longtemps et, dans une de ses observations, la guérison ne fut obtenue qu'au bout de près de trois ans. Et quel traitement pour le malade ! C'est confiné dans un lit et baigné dans le pus qu'il est obligé de le supporter. Il est facile de voir que, même si le traitement par la ponction était plus long, les conditions dans lesquelles le malade peut le suivre devraient encore le faire préférer.

On comprend la facilité avec laquelle les plaies opératoires pourront s'infecter, et un pansement fait sans soin suffira pour qu'une infection secondaire, érysipèle le plus souvent, vienne s'abattre sur le malade. En 1889, Rouminescu (1) reconnaissait à l'ouverture large des abcès ossifluents, opération qu'il préconisait, le défaut de faciliter « l'auto-inoculation et l'apparition de l'érysipèle ».

Et combien sont graves les manifestations tuberculeuses infectées, et Calot (2), en 1899, s'exprimait ainsi : « Si, par malheur, le foyer tuberculeux reste ouvert, il s'infecte tôt ou tard, s'il n'est déjà infecté par l'acte opératoire lui-même et, de ce fait, la gravité de la manifestation tuberculeuse est, je ne dirai pas doublée, mais centuplée » ; et, plus loin : « Moi, qui vis au milieu de sujets atteints de tuberculose chirurgicale, j'ai de ces infections secondaires une telle terreur qu'aux médecins ou parents qui m'annoncent

(1) ROUMINESCU (de Bucharest). — 4^e Congrès français de Chirurgie, 1889.

(2) CALOT. — La résection de la hanche dans la coxalgie, *Presse Médicale*, 1899.

des enfants porteurs d'abcès froids j'ai l'habitude de dire : « Ne perdez pas de temps ; si vous venez me voir avant que les abcès ne soient ouverts, je réponds de tout ; si vous venez après, je ne réponds de rien ». Ces paroles sont intéressantes à constater, venant d'un chirurgien qui, il y a peine dix ans, préconisait l'ouverture large des abcès ossifluents et traitait toutes les coxalgies suppurées par la résection.

Mais l'on pourrait nous répondre qu'il est facile d'éviter ces infections secondaires. A l'hôpital cela peut être encore possible ; mais, comme les malades le quittent, en général, avant que leurs plaies ne soient complètement cicatrisées, c'est chez eux qu'ils s'infectent, et souvent par leur faute, il est vrai. Ils tombent alors dans les conditions de malades à abcès spontanément ouverts et nous avons déjà vu quel était le pronostic dans ces cas.

En plus, d'après Mlle Kohan, après l'ouverture large des abcès ossifluents, même si on l'accompagne d'un grattage des parois de l'abcès, ces parois ne sont pas physiologiquement aptes à contracter des adhérences solides ; on a enlevé la membrane tuberculeuse, on a même gratté les tissus voisins, les tissus que l'on met en présence ne présentent souvent que peu de vitalité.

Et encore plus, l'on est venu intercaler entre les parois de la cavité de l'ancien abcès des drains qui tiennent encore celles-ci écartées. L'on a bien appliqué un pansement compressif, mais, au bout de quelques heures, la compression s'est relâchée et n'est plus suffisante.

L'on a ouvert des vaisseaux, des lymphatiques, et il s'est écoulé, dans la cavité de l'ancien abcès, une sérosité qui, au dire de Mlle Kohan, serait un excellent milieu de culture pour les bacilles de Koch.

Ces remarques sont exposées dans la thèse de Mlle Kohan, et, quoique ces causes puissent jouer un rôle dans la formation des fistules, nous n'y attachons cependant qu'une importance secondaire.

Les fistules, qui sont le véritable danger de l'ouverture large des abcès ostéopathiques, reconnaissent une cause autrement importante ; c'est la persistance de la lésion osseuse tuberculeuse, qui continue à envahir les tissus voisins et qui continue à éliminer au dehors ses produits de désintégration. « Le malade est débarrassé du pus, mais non pas de sa maladie » (Gangolphe) (1). Et l'exposition à l'air de la tuberculose osseuse devenue fistuleuse et durant depuis un certain temps, est la cause de la dégénérescence amyloïde des viscères, dégénérescence qu'il n'est pas rare de rencontrer dans ces cas. Les trajets fistuleux ne se fermeront que si la lésion osseuse guérit, sinon l'état général ne tardera pas à devenir mauvais, et Trélat (2) s'exprime ainsi à ce propos : « Il est une troisième catégorie d'abcès iliaques, ceux d'origine osseuse locale. Nous avons, actuellement, dans nos salles, une jeune femme dans ces conditions. Un jour est venu, où nous avons senti une po-

(1) GANGOLPHE. — De l'intervention opératoire dans le mal de Pott. Congrès français de Chirurgie, Lyon 1894.

(2) TRÉLAT. — De quelques formes d'abcès iliaques. *Semaine Médicale*, 1882.

che fluctuante du côté de l'échancrure sciatique. Je suis alors intervenu, j'ai ouvert l'abcès et la malade s'est notablement améliorée, mais elle n'est pas guérie, elle traîne, l'état général est mauvais ; il persiste une fistule et je ne sais véritablement pas si elle guérira ». Delorme, sur dix abcès de maux de Pott, ouverts largement, ne put empêcher les fistules de s'établir qu'une fois, et avant la fin de la première année, la moitié de ses malades étaient morts. L'observation suivante montre ces faits.

OBSERVATION XXXII

(Inédite)

C... Joseph, 18 ans, garçon coiffeur, lit n° 23. Salle Sainte-Marthe, service de M. le Professeur agrégé Gangolphe, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu.

Parents et un frère et une sœur bien portants.

A l'âge de 12 ans, fluxion de poitrine ; ne tousse pas depuis.

Il y a un an, pleurésie. Depuis trois mois on note des points douloureux au niveau de l'abcès actuel.

Il y a trois mois, le malade remarqua une grosse tuméfaction dans la fosse iliaque. On pratique une ponction qui soulage le malade.

Au bout d'une dizaine de jours, la collection se reforme.

Le malade subit dix ponctions successives.

Actuellement, 2 avril 1900, on révèle par la pression une douleur assez vive au niveau de la crête iliaque. Rien du côté de la colonne. Rien aux poumons, ne tousse pas, ne crache pas.

Au mois de juin, ouverture large de l'abcès au domicile du malade.

Au mois d'août, nouvelle opération à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel, 17 mai 1901. L'état général a toujours été en

empirant. La plaie n'est pas cicatrisée. Elle est encore drainée par deux drains. Le malade est très maigre, vomit continuellement depuis trois mois. Diarrhée intense. Issue fatale certaine.

OBSERVATION XXXIII

(Tirée de la thèse de CAPILLERY.)

Eugène M..., 7 ans 1/2, entré, le 4 mai 1888, dans le service de M. Vincent, pour un mal de Pott avec abcès par congestion.

L'enfant fait remonter le début de son affection à sa première enfance. A cette époque il fit plusieurs chutes, notamment une sur le côté droit et une autre sur le dos dans la région lombaire. Père et mère seraient bien portants, frère en bas âge.

Le malade paraît avoir une constitution chétive, rachitique. Mal de Pott bien caractérisé. Au dos et dans la région lombaire existe une gibbosité très apparente, intéressant les dernières vertèbres de cette région. L'enfant ne peut se tenir couché dans le décubitus dorsal. Il est forcé d'être couché constamment sur l'un de ses côtés, droit ou gauche.

Le thorax est déformé, agrandi à sa partie inférieure, il ne présente plus la forme conique qu'il présente à l'état normal. Il est plus ou moins arrondi. Sur la partie latérale du côté droit, au-dessus du foie, on constate à la pression une matité, qui n'existe pas à l'état normal. La palpation révèle une fluctuation manifeste. On a donc affaire à un abcès reconnaissant pour cause la carie vertébrale. Le foyer purulent présente deux diverticules que l'on met facilement en évidence en exerçant des pressions sur l'abcès. On voit alors le pus refouler dans les diverticules, soulever la peau. L'un de ces diverticules est situé à la partie antérieure et supérieure de la cuisse, l'autre en arrière sur les côtés du foyer purulent central.

5 mai. — Ouverture de l'abcès par congestion, première incision au niveau du pli de l'aîne. Ecartement des tissus à la sonde cannelée. Pus crémeux, liquide. Contre ouverture en arrière ; le pus s'échappe en grande abondance. Il s'en écoule 3 litres. Bandage compressif.

16 mai : le père emmène l'enfant.

15 novembre 1891, il rentre dans le service de M. Vincent. L'état général est très mauvais : pâleur, anémie, faciès cachectique, courbure dorsale considérable partant des vertèbres dorsales neuf et dix, occupant toutes les régions dorsale, lombaire, jusqu'au sacrum, et les parties latérales participent à cette courbure.

La partie supérieure du thorax est rétrécie, tandis que la base est élargie d'une façon considérable, aussi l'abdomen est-il volumineux.

A la région lombaire plusieurs fistules, une en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une autre à la région lombaire, à gauche de la ligne médiane, une troisième dans la région sacrée droite, aboutissant à un abcès volumineux que l'on voit dans la région fessière. Au voisinage de l'orifice anal, petit abcès périnéal.

10 décembre. — Intervention *in extremis*. Elargissement des orifices et fistules, contre-ouverture, drainage, lavage, pansement.

28 décembre. — Fistules continuent à donner.

10 janvier. — On craint une issue fatale.

Dans cette dernière observation, nous ne voulons tenir compte que des résultats fournis par la première intervention, la seconde intervention, plus radicale, ayant été pratiquée dans des conditions absolument défavorables.

Dans certains cas, les fistules persistent, mais l'état général ne s'en ressent pas trop. Ce n'en est pas moins une gêne, une infirmité pour le malade.

OBSERVATION XXXIV

V..., Antonin. Sainte-Marthe n° 21. Cultivateur. Ostéite tuberculeuse.

Rien à noter comme antécédents héréditaires. Personnelle-

ment bonne santé habituelle, jusqu'au mois de janvier 1899. A cette époque, le malade ressentit en marchant une douleur semblable à celle d'une entorse. En même temps, parut une tuméfaction. La collection augmenta et le malade subit une opération faite par M. le docteur Barbier, de Vienne. On fit trois ouvertures, une au tiers moyen de la jambe et deux autres à la partie intérieure, ces deux dernières communiquant par un drain. Elles ne se sont jamais fermées et le malade vient, le 24 août, salle Sainte-Marthe, service de M. le docteur Gangolphe, c'est-à-dire sept mois après. On le traite, pendant deux mois, par des bains sulfureux. Il sort amélioré de l'Hôpital.

Le malade rentre le 13 décembre 1900. Il ne se plaint pas de douleurs mais d'impotence fonctionnelle. A l'examen, le tiers inférieur de la jambe est fortement tuméfié. La plaie externe est légèrement suintante. L'extrême, plus volumineuse, a des rebords épaissis, gonflés, durs, non vernissés. L'état général est satisfaisant, pas de fièvre.

Le 18 janvier. — Opération. Extraction de deux sequestres qui montrent l'origine bacillaire de la lésion. Drainage en X.

Le 10 janvier, le malade sort de l'Hôtel-Dieu. Il porte encore deux plaies légèrement fistuleuses, insignifiantes.

La statistique d'Iscovesco (1), portant sur six cas d'ouverture large sans autre opération complémentaire dans le mal de Pott, est peu favorable. Il obtient trois guérisons et une mort; deux malades présentaient des fistules permanentes, existant encore plus d'un an après l'opération.

Rappelons, en finissant l'exposé des dangers et les inconvénients que présente l'ouverture large des abcès ossifluents, que Lannelongue (2) s'exprimait

(1) ISCOVESCO. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1889

(2) LANNELONGUE. — Dictionnaire de Chirurgie et de Médecine pratiques, article : *Abcès froids*.

jadis ainsi : « La méthode à la fois la plus rationnelle et la plus sûre dans ses résultats, consiste dans l'ouverture large de l'abcès... Mais, lorsqu'on se trouve en présence d'un abcès migrateur, siégeant en un point plus ou moins éloigné de la lésion osseuse, il arrive souvent que le traitement de Lister laisse persister des trajets fistuleux ». Aujourd'hui Lannelongue n'emploie que la ponction suivie d'injection d'éther iodoformé.

Nous nous sommes étendu longuement sur les dangers que présentait l'ouverture large des abcès ossifluents : il nous sera facile de faire voir qu'en dehors de quelques cas spéciaux que nous chercherons à indiquer, l'on doit préférer la ponction au curettage intégral du foyer tuberculeux.

Lannelongue (1) prétend, comme jadis Verneuil, que le curettage intégral présente deux inconvénients. Il lui reproche :

1^o De favoriser l'introduction des bacilles dans la voie sanguine.

2^o De laisser certains tissus pathologiques.

Que l'opération favorise l'introduction des bacilles tuberculeux dans la voie sanguine et, par suite, la généralisation tuberculeuse, qu'à la suite du curettage, l'on voie apparaître des manifestations granuleuses et principalement la méningite tuberculeuse, le fait est indéniable, mais il est rare ; en tous cas il ne semble pas être beaucoup plus fréquent qu'après toute autre opération pratiquée pour tuberculose

(1) LANNELONGUE. — Traitements des tuberculomes. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1899.

locale. Nous en trouvons cités deux exemples par M. le professeur agrégé Vincent. En somme ces faits nous semblent être des exceptions.

Bien plus grave est le second reproche et ici il nous faut distinguer entre, d'une part, les abcès par congestion dépendant d'une lésion profonde que l'on ne peut atteindre que difficilement et d'autre part les abcès dépendant d'une lésion osseuse superficielle, ostéite costale, ostéo-arthrite des os longs (moins les coxalgies suppurées).

Dans ce second groupe, la résection des parties osseuses frappées par la tuberculose, complétant l'extirpation ou l'ouverture large de l'abcès, peut être discutée. Si l'on croit pouvoir enlever par une opération tous les tissus pathologiques, l'opération doit être pratiquée. Mais souvent il est bien difficile de déterminer à l'avance si la lésion osseuse est minime ou si elle est considérable : il n'existe en effet aucune relation entre le volume de l'abcès et l'étendue de la lésion osseuse, ce qu'il est facile de comprendre si on se rappelle le mode de développement des abcès ossifluents. Souvent, la lésion osseuse est beaucoup plus éloignée de l'abcès qu'on ne le croit. « On se laissera guider, dit Ollier(1), par les sensations douloureuses spontanées ou à la pression. Mais on n'entreprendra les recherches qu'avec les plus grandes réserves, sur la précision du diagnostic. Plus d'une fois, il nous est arrivé de ne trouver que beaucoup plus loin la source du pus,

(1) OLLIER. — Traité des Résections, T. III

que nous avons cru pouvoir localiser sur un point déterminé d'après les signes extérieurs. »

« D'autres fois, le chirurgien, par suite des difficultés que présente l'abord du foyer osseux, risque de laisser certains tissus pathologiques. Aussi préférons-nous, même dans les cas d'ostéite superficielle, le traitement par la ponction simple, tout au moins au début. Ollier dit en effet, à propos des ostéites costales : « Il ne faut pas se hâter de réséquer les côtes qui, chez les tuberculeux, sont le point de départ d'un abcès. S'il n'y a pas de douleurs et si la suppuration est peu abondante, il faut attendre. »

Dans le cas d'abcès dépendant d'une lésion osseuse profonde, la discussion ne se présente même pas. Dans les maux de Pott, dans les coxalgies suppurées, dans les sacro-coxalgies, il est presque toujours impossible de pratiquer une extirpation complète des tissus pathologiques, et cela, d'une part à cause des difficultés de l'abord de la lésion osseuse, et d'autre part, à cause de l'étendue des lésions. La région sur laquelle on opère s'y oppose et il est facile de comprendre quelles sont les difficultés qui se présentent, quand on a affaire à un de ces volumineux abcès qui, parti de la région dorsale de la colonne vertébrale, vient faire saillie à la partie antérieure de la cuisse, et combien il est peu facile d'aller curetter et trépaner les corps vertébraux. Ce sera d'ailleurs à l'aveugle que le chirurgien opérera, et il ne sera jamais sûr d'avoir enlevé tous les tissus pathologiques. Souvent aussi, les désordres sont

tellement grands, que le chirurgien est obligé de ne faire qu'une opération incomplète. « Sur un jeune homme, dit M. le Professeur agrégé Gangolphe (1), auquel j'ai pratiqué l'extirpation de la poche sous-cutanée sous-fessière (croyant à un abcès pelvien), je fus conduit à réséquer l'épine iliaque postéro-supérieure et un large segment de l'os iliaque. Malgré cela je pus me convaincre avec le doigt que le rachis était atteint et qu'il était impossible de faire davantage. Six mois plus tard, le malade succombait, épuisé par la suppuration et la fièvre hectique ».

Et l'on enlève si peu souvent complètement les tissus pathologiques que, souvent, l'on est obligé de faire des opérations complémentaires. Il en est ainsi dans les observations XXXII, XXXIII, XXXIV. Et, Manson (1) dit: « Quand on traite par le curettage des foyers osseux, ce n'est pas une, mais trois, six, dix fois qu'il faut le poursuivre, parce qu'il est rare qu'en une opération de ce genre, on enlève tout le tissu malade et qu'il faut s'y attaquer dès qu'on le voit repulluler, et, ainsi, ces malades guérissent ».

L'ouverture large, de même que le curettage intégral, donne des résultats peu brillants. La guérison est rare, les morts sont fréquentes, la formation de fistules persistant pendant des années est la règle. L'avantage que l'on prétendait avoir avec l'ouverture large, l'obtention avec cette méthode d'une guérison

(1) GANGOLPHE. — Sacro-coxalgie, in *Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*.

(1) MANSON. — Thèse Paris, 1894.

plus rapide, n'existe même pas (à moins que l'on n'extirpe tous les tissus pathologiques). Comme avec la ponction, le traitement est long et les opérations doivent être répétées si l'on veut obtenir la guérison, sauf dans le cas d'ostéo-arthrites suppurées des os longs, alors que l'on est sûr d'avoir affaire à des lésions limitées, la résection des parties osseuses malades doit être repoussée; car si le curettage n'est pas absolument intégral, l'on voit se former des fistules.

Pour éviter ces fistules, Calot, en 1892, dans les abcès de la coxalgie, voulut compléter le curettage des abcès ossifluents avec résection des parties osseuses, par la suture des plans qui forment les parois de la cavité laissée par l'opération. Les résultats immédiats furent splendides, mais au bout de quelque temps, les sutures lâchèrent et les tissus se rétractant, une cavité fut reformée, et comme sans cette précaution, il se forma des fistules.

Aujourd'hui, les statistiques sont peu favorables aux interventions sanglantes dans le traitement des abcès ossifluents. Calot rapporte les faits suivants : « D'après les renseignements dont j'ai pu m'entourer, j'estime que sur les 150 réséqués de Cazin, il n'en est pas plus de 25 (1 sur 6), qui survivent et sur ces 25, il en est 4 ou 5 à peine qui ont quitté l'hôpital sans fistules; 125 ont fini par mourir. Et mes résultats ne valent guère mieux ».

Les résultats de l'ouverture large suivie de curettage dans les abcès de mal de Pott ne sont pas brillants. Iscovesco, dans sa statistique portant sur

douze cas, rapporte neuf morts; sur ces neuf cas, huit malades moururent avant que trois mois ne se fussent écoulés depuis l'intervention; le dernier mourut neuf mois après l'opération. Sur les trois autres, l'un présentait encore des fistules, un autre de l'albumine trois ans après l'intervention. A cette date, le dernier était presque guéri. Et Iscovesco termine sa statistique en disant : « D'après mes dix-huit observations, consignées dans mes notes, je suis arrivé à croire que pour tout mal de Pott antérieur avec abcès, un enfant chez lequel on intervient d'une façon active, est un enfant mort ».

Pour les ostéites costales qui rentrent dans la seconde catégorie, celle où l'intervention peut être discutée, les résultats quoique meilleurs, sont loin d'être toujours très brillants. J. Maheu (1), sur treize observations d'abcès ossifluents traités par l'ouverture large et la résection costale, vit six fois les malades sortir de l'hôpital avec des fistules.

Bonnel (2) dans sa thèse, rapporte six observations d'abcès froids, thoraciques ossifluents et trois fois les malades sortirent de l'hôpital avec des fistules.

Il est un fait assez étrange, c'est qu'avec de tels résultats, toutes les statistiques qui ont paru à une certaine époque, ont été favorables à l'intervention chirurgicale. Le fait provient de ce que l'on a, soit considéré comme guéris des malades porteurs,

(1) J. MAHEU. — Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. Thèse Paris, 1894.

(2) BONNEL. — Carie costale et abcès froids thoraciques. Thèse Paris, 1891.

encore à leur sortie de l'hôpital, d'une fistule, et de ce que l'on a publié des résultats immédiats. Le malade sort de l'hôpital la plaie cicatrisée, et est considéré comme guéri, mais au bout de cinq à six mois, l'on assiste à la formation de fistules secondaires; et ce fait est exposé d'une manière absolument nette dans la thèse de Chalmette (1). Sur dix cas d'abcès ostéopathiques, dix fois l'ouverture large fut pratiquée, suivie ou non de résection. Les dix malades sortirent guéris de l'hôpital; six mois après, sept étaient rentrés pour fistules secondaires.

Les résultats éloignés de l'ouverture large sont donc mauvais; au contraire, avec la ponction simple, l'on obtient des guérisons définitives, comme nous l'avons montré.

L'ouverture large des abcès ossifluents, de même que le curettage, présente des inconvénients graves: persistance des fistules primitives, formation de fistules secondaires, possibilité de mort. Le traitement est tout aussi long qu'avec la ponction simple. Nous lui préférons donc celle-ci. Au début, c'est elle que l'on devra toujours employer, et l'on devra continuer ce traitement tant que l'état général demeurera bon, et que les douleurs ne seront pas trop intenses, l'intensité des douleurs étant, comme nous l'avons déjà indiqué, une des indications de la résection. Mais il faudra toujours se rappeler quels sont les dangers que fait courir au malade l'ouverture large des abcès ossifluents.

(1) CHALMETTE. — Sur quelques observations d'ostéo-tuberculose. Thèse Paris, 1898.

CONCLUSIONS

I° Certains abcès ossifluents peuvent guérir spontanément, mais, comme c'est là l'exception et étant donnée la gravité de leur ouverture spontanée, un traitement actif s'impose. Il devra être accompagné du traitement général.

II° Les traitements actifs sont la ponction, soit simple, soit suivie d'injection modificatrice, et l'ouverture large, accompagnée, ou non, de la résection des parties osseuses malades.

III° Comme le montrent nos observations, la ponction simple suffit, d'ordinaire, pour provoquer la guérison ; et cette guérison est définitive. La ponction simple doit toujours être employée comme traitement de début.

IV° Nous préférons la ponction simple à la ponction suivie d'injection modificatrice, à cause des dangers que présente cette dernière. L'injection peut être douloureuse, cause de sphacèle de la peau, d'inflammation et de fièvre ; elle peut être aussi cause d'intoxication pouvant entraîner la mort.

V^o La ponction simple doit être préférée à l'ouverture large des abcès ossifluents, même si on fait suivre celle-ci de la résection des parties osseuses cariées. L'ouverture large, même suivie de résection, si celle-ci est incomplète, est souvent l'origine de fistules dont la guérison est longue, quand elle n'est pas impossible. Par leur persistance, elles sont cause d'affaiblissement du malade, de fièvre, de dégénérescence amyloïde des viscères, état pouvant se terminer par la mort. Elles peuvent, de plus, très facilement s'infecter.

VI^o L'ouverture large, suivie de résection, est cependant toujours indiquée, si l'on peut enlever d'une manière complète tous les tissus pathologiques.

Vu :

Le président de la Thèse,

TRIPPIER.

Vu :

Le Doyen,

LORTET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 juillet 1901 :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	5
CHAPITRE PREMIER. — Historique. — Néces- sité d'un traitement actif. — Importance du traitement général.....	11
CHAPITRE II. — De la ponction simple.....	20
CHAPITRE III. — Observations. — Résultats.	32
CHAPITRE IV. — Parallèle de la ponction sim- ple et de la ponction suivie d'injection modi- ficatrice.....	59
CHAPITRE V. — Parallèle de la ponction sim- ple et de l'ouverture large.....	66
CONCLUSIONS,.....	83
